in acknowledgment of the kind reception given to the Author.

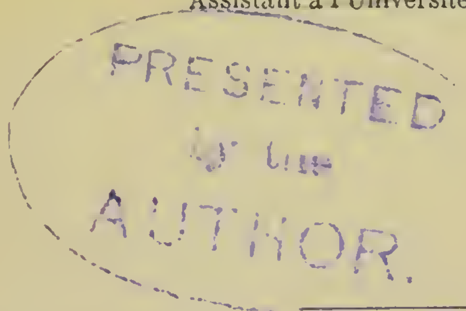
DE L'EXCISION

DU

GOITRE PARENCHYMATEUX

PAR

Le docteur Paul LIEBRECHT,
Assistant à l'Université de Liége.





(Ext. du *Bulletin de l'Acad. r. de médecine de Belgique;* 3e sér., t. XVII, no 3.)

BRUXELLES
H. MANCEAUX, LIBRAIRE-ÉDITEUR
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE
Rue des Trois-Têtes, 12 (Montagne de la Cour)

1883

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.

DE L'EXCISION (1) DU GOITRE PARENCHYMATEUX

REMARQUES PRÉLIMINAIRES.

L'extirpation totale ou partielle du corps thyroïde atteint de goître a été considérée jusque dans ces derniers temps, et l'est même encore aujourd'hui, par l'immense majorité des chirurgiens, comme une opération qui n'a pas droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale. Quelques-uns l'admettent, il est vrai, en théorie, comme autorisée *in extremis*, pour sauver le patient d'une mort imminente ; mais, pour la plupart, c'est une opération des plus redoutables, dont l'indication ne peut presque jamais se présenter.

Cette crainte, qu'on pourrait presque qualifier de superstitieuse, avait sa raison d'être à une époque où la technique opératoire n'avait pas encore atteint ce degré de perfection qui la caractérise aujourd'hui, et où les patients échappés aux dangers de l'hémorragie étaient menacés des complications ordinaires des grandes opérations : la pyohémie, la septicémie, le phlegmon septique, l'érysipèle, etc. Mais à l'heure qu'il est, ces appréhensions ne sont plus fondées. D'abord, le manuel opératoire et en particulier la technique de l'hémostase se sont tellement perfectionnés, qu'un chirurgien prudent peut opérer presque sans perte de sang, même dans les régions où l'on ne peut pas pratiquer l'anémie locale. Ensuite, grâce au traitement antiseptique des plaies, les relations que nous donnent les

(1) J'ai préféré le terme d'*excision* à celui d'*extirpation*, parce qu'il désigne en un seul mot le cadre dans lequel je me suis renfermé : l'ablation au moyen du bistouri. J'aurais pu dire : *thyroïdectomie*, mais quelques auteurs réservent ce terme à l'ablation totale de la glande thyroïde hypertrophiée.

auteurs de ces redoutables complications des plaies énumérées plus haut, ne nous apparaîtront bientôt plus que comme les reflets d'un passé inconnu ou comme les souvenirs d'un mauvais rêve. Enfin, l'emploi des anesthésiques, d'une part, permet au chirurgien d'opérer avec tout le calme et la prudence nécessaires, et de l'autre, en réduisant le patient à l'immobilité et en régularisant la respiration, supprime ces hémorragies veineuses qui, comme nous le verrons plus loin, constituaient une des complications les plus graves de cette opération.

Au surplus, *facta loquuntur*. Les beaux résultats obtenus dans ces dernières années, notamment par les chirurgiens allemands et suisses, doivent convaincre même les plus timides que la thyroïdectomie n'est pas beaucoup plus grave que l'extirpation de toute autre tumeur profonde du cou. Malheureusement, les travaux de ces chirurgiens ne sont presque pas connus chez nous. Jusque tout récemment, il n'existait en français aucun travail quelque peu complet sur la matière. Michel (de Nancy) s'était borné à analyser les quinze opérations faites jusqu'alors par les chirurgiens français et à résumer six observations de cas opérés en France et aux Etats-Unis. La thèse de Brière s'arrêtait à l'année 1870, et c'est surtout depuis lors que cette opération a fourni les résultats les plus favorables. Ce n'est que dans ces derniers temps que Boursier a publié un excellent travail sur ce sujet. Mais cet auteur s'occupe de toutes les modalités du traitement chirurgical du goître, de sorte que l'extirpation, qui finira probablement par se substituer à tous les autres modes, du moins dans la majorité des cas, n'est pas traitée d'une façon assez approfondie. Du reste, aucun de ces auteurs n'a publié de statistique détaillée.

Tels sont les motifs qui m'ont déterminé à faire ce travail dans lequel je me suis efforcé de donner un tableau aussi complet et en même temps aussi bref que possible de tout ce qui a rapport à cette intéressante opération.

Peut-être trouvera-t-on que j'ai reproduit les observations avec trop de détails. J'ai cru cette façon de procéder préférable : 1° afin que chacun soit à même de se former une opinion personnelle et de contrôler mes assertions et mes déductions; 2° comme je me suis donné beaucoup de peine pour consulter autant de sources originales que possible, sources dont un grand nombre ne sont pas à la portée de la plupart des lecteurs, j'ai voulu fournir un repertorium où d'autres auteurs, qui voudraient traiter le même sujet ou quelques points seulement, après moi, puissent trouver tous les renseignements nécessaires; 3° cette statistique devant servir de base à mon travail, je devais y trouver moi-même tous les renseignements nécessaires, attendu qu'il eût été impossible d'avoir constamment et simultanément sous les yeux tous les auteurs où ces observations se trouvaient disséminées et dont bon nombre n'étaient que temporairement à ma disposition.

Pour les mêmes motifs j'ai cru devoir recueillir *toutes* les observations publiées, quelle que fût l'époque à laquelle l'opération avait été faite.

Il me reste à expliquer pourquoi j'ai circonscrit ma tâche à l'histoire du goître *parenchymateux* et spécialement à son extirpation au moyen du bistouri.

En ce qui concerne les autres tumeurs solides du corps thyroïde, tels que carcinomes, sarcomes, enchondromes, ostéomes, etc., elles ne sont justiciables que d'un seul mode de traitement : l'extirpation. Il serait donc superflu d'en

démontrer les avantages ou la nécessité. Quant aux kystes proprement dits du corps thyroïde, ceux que Billroth a désignés sous le nom de *goîtres kystiques primitifs*, on peut, dans la grande majorité des cas, en avoir raison au moyen de l'une des nombreuses méthodes préconisées contre cette forme de goître : les ponctions simples ou suivies d'injections irritantes, le séton, l'incision, l'excision d'une partie de la poche avec fixation des bords du sac à la peau, l'électrolyse, le drainage antiseptique, etc.

Mais il n'en est pas de même des goîtres kysto-parenchymateux, dus au ramollissement du tissu hyperplasié de la glande. Ceux-ci doivent être entièrement assimilés aux goîtres parenchymateux. (V. aux chapitres de l'*Anatomie pathologique* et des *Indications*.)

Quant aux motifs qui m'ont engagé à ne pas parler des autres méthodes de traitement, je les exposerai en parlant des *Indications* de l'extirpation.

STATISTIQUE.

Je crois devoir expliquer la différence qui existe entre les chiffres cités par M. De Roubaix dans le rapport qu'il a présenté à l'Académie et ceux de mon travail. Après l'envoi de ce dernier à la savante Assemblée, je suis encore parvenu à réunir de nouveaux matériaux et à compléter mes renseignements sur quelques points importants : j'ai été à même de consulter beaucoup de sources d'un accès très difficile. Le Bureau de l'Académie a bien voulu m'autoriser à incorporer ces nouveaux faits à mon mémoire. Quant au fond du travail lui-même, rien n'y a été changé.

Un autre changement que j'ai fait, à la demande du Bureau de l'Académie, c'est de remplacer les *tableaux* de sta-

tistique par la forme littéraire ordinaire, tout en conservant cependant le même ordre de rédaction. Chaque observation contient donc, dans la mesure du possible : 1° le numéro d'ordre ; 2° le sexe et l'âge du patient; 3° la date de l'opération; 4° la description du goître; 5° les accidents auxquels il donnait lieu et les indications de l'opération; 6° la description et les principales particularités de l'opération ; 7° la marche ultérieure et les suites de l'opération; 8° le résultat définitif; 9° une colonne d'observations pour les renseignements qui n'avaient pu trouver place dans les autres rubriques; 10° le nom de l'opérateur et la source bibliographique.

A. Opéateurs allemands, autrichiens et suisses.

Obs. I. — Femme de 26 ans, opérée en 1877; goître du volume de deux poings, trachée refoulée à droite. — Dyspnée et dysphagie considérables. — Extirpation totale. Incision à lambeau convexe en bas; prolongements de la tumeur entre et derrière la trachée et l'œsophage. Hémorragie peu considérable, section des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens droits. — Durée deux heures; Lister.—Après l'opération, parésie de la corde vocale droite, guérie au moyen de l'électricité; la trachée avait repris sa place et sa forme normales. — Guérison au bout de quatre semaines. (Albert, d'Insbruck. — *Albert, a.*)

Obs. II. — Femme de 33 ans, opérée en 1879; goître du lobe droit, du volume d'une orange; forme bosselée.—Dyspnée.—Extirpation totale. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien; pas d'hémorragie. Suture de toute la plaie. — Durée deux heures; Lister. — Le 2e jour, rétention de liquide séreux évacué au moyen d'une sonde cannelée;

réunion par première intention. (Albert. — *Albert*, *b.*)

Obs. III. — Femme de 18 ans, opérée en 1879; goître trilobé, mobile, du volume de deux poings. — Extirpation totale; chloroforme; Lister, brouillard antiseptique. Incision en V; section des sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens; déchirure de l'une des tumeurs, hémorragie assez considérable; section des vaisseaux entre deux ligatures. — Durée une heure et demie; Lister. — Après l'opération, manie aiguë; suintement continu de sang. — Le lendemain, pendant qu'on la soutenait pour lui donner à boire, pâleur et mort subite. — La patiente avait fait autrefois une tentative de suicide. Pas d'autopsie. (Il est probable qu'il s'agit ici d'une asphyxie foudroyante due à un ramollissement de la trachée. Dr P. L.) (Albert. — *Albert*, *c.*)

Obs. IV. — Femme de 37 ans; 30 novembre 1879; goître parenchymateux ramolli dont le début remonte à plusieurs années; gros comme un poing, très élastique, globuleux; circonférence du cou 0,47; la tumeur siége à droite. — Suppuration fétide, phlegmon, fièvre hectique, grand affaiblissement. — Extirpation totale. Incision à lambeau quadrangulaire à base supérieure; très peu d'hémorragie; badigeonnage de la plaie au chlorure de zinc (12 °/₀); Lister. — Suites d'abord bonnes; le 6 décembre, frisson; le 7, pneumonie à gauche. — Morte le 13. — Autopsie : à gauche, pleuropneumonie croupale et foyer métastatique; à droite œdème aigu. — La suppuration du goître s'était produite à la suite d'injections de teinture d'iode dans la portion ramollie. (Albert, *ibid.*)

Obs. V. — Fille de 15 ans, opérée au mois de mars 1880; goître composé de plusieurs tumeurs, s'étendant depuis le larynx jusqu'au sternum. — Cyanose de la face, respiration

très bruyante, grande dyspnée au moindre effort, voix chevrotante. — Extirpation totale. Incision en V; section des chefs sternaux des sterno-cléido-mastoïdiens et des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens. Les tractions sur la tumeur déterminent de violents accès de suffocation; trachée fort ramollie; la tumeur plonge derrière le sternum; veines énormément dilatées pendant les accès, hémorragie veineuse assez forte. Isolement de la tumeur avec le doigt; suture des muscles. — Badigeonnage au chlorure de zinc (12 %); Lister. — Le 4e jour, pneumonie à gauche; le 9e, même affection à droite; le 16e jour, résolution. La cicatrisation progresse très bien. Le 25e jour, œdème de la jambe gauche. — Sort guérie fin mai. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. VI. — Homme de 29 ans; 9 mars 1880; début à 15 ans; la tumeur siége surtout à gauche et pénètre profondément entre les organes du cou; du volume d'un poing, dure. — Extirpation totale. Lambeau quadrangulaire à base supérieure; section des sterno-cléido-mastoïdiens, des sterno-hyoïdiens et des sterno-thyroïdiens; énucléation assez facile; badigeonnage au chlorure de zinc (12 %); Lister. — Le 4e jour, écoulement fétide; suppression du Lister, irrigations au permanganate de potasse, sphacèle du tissu conjonctif. Le 10e jour, frisson, pneumonie à droite, décubitus au niveau des apophyses épineuses, érysipèle qui disparaît le 22e jour. — Guérison. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. VII. — Femme de 32 ans; depuis 13 ans; goître kysto-parenchymateux, du volume d'un poing, couvert de nodosités très dures. — Pas de troubles. — Extirpation totale; narcose, spray; longue incision médiane, veines très dilatées, vaisseaux coupés entre deux pinces, puis liés;

union intime avec la trachée; un prolongement pénètre derrière la trachée : ligature en masse, puis énucléation ; badigeonnage au chlorure de zinc. Lister, drainage, sutures. — Guérison par seconde intention, sans incident. Exeat au bout de huit semaines. — Antérieurement : ponction et injection au liquide de Lugol, suivie de la diminution de la tumeur; une seconde injection resta sans effet. (ALBERT, *Albert*, *d.*)

OBS. VIII. — Femme de 33 ans ; à droite, goître colloïde, du volume d'une pomme. — Extirpation partielle. Incision longitudinale; double ligature des vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs; presque pas d'hémorragie; dissection du nerf récurrent droit. — Iodoforme, drainage, sutures. — Pas de réaction locale, ni générale; suppuration à la partie inférieure; cicatrisation au bout de trois mois. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. IX. — Femme de 24 ans; goître médian, plongeant un peu derrière le sternum; voix rauque. — Extirpation partielle. Longue incision médiane; ligature des vaisseaux thyroïdiens droits, pas d'hémorragie; iodoforme, sutures; pansement avec des bandes de mousseline apprêtée, embrassant la tête. — Réunion par première intention le 5e jour; puis fièvre attribuée à un catarrhe des bronches. Le 6e jour, rétention de liquide : contre-ouverture. Le 10e jour, tétanie pendant 20 jours, puis décroissance. Le 29e jour, pleurésie à gauche, coma, mort le 30e jour. — Après l'opération, la voix était devenue plus rauque. — Autopsie : œdème de la pie-mère et des poumons, épanchement pleural à gauche; nerf récurrent droit coupé, plaie en suppuration. (ALBERT, *ibid.*)

OBS. X. — Fille de 15 ans; début à 12 ans; tumeur du

lobe droit, du volume d'un poing d'enfant, plonge un peu derrière le sternum; grande dyspnée après des efforts, bruit de sténose. — Extirpation partielle; incision longitudinale à droite de la ligne médiane; vomissements; hémorragie modérée; ligatures de soie; deux drains, sutures. — Voix très rauque pendant les premiers jours; sécrétion trachéale abondante, épaisse. Le 3e jour, frisson, fièvre intense (40°), état général bon; le lendemain et jours suivants, plus de fièvre, suppuration modérée; herpès labial. Exeat la 4e semaine, plaie en voie de cicatrisation. — Traitement antérieur : iode intus et extra, sans succès. (Albert, *ibid.*)

Obs. XI.—Femme de 34 ans; début, il y a plusieurs années; goître médian, très dur, gros comme un poing; dypsnée. — Narcose. Incision en L; ligatures médiates et immédiates; une petite nodosité est laissée dans le fond de la plaie; celle-ci est bourrée de gaze phéniquée humide, qui sert aussi au pansement; après trois heures, sutures et drainage. — Pendant les premiers jours, réaction générale, suppuration abondante. Exeat; guérie le 34e jour. - Antérieurement, injections parenchymateuses de teinture d'iode, sans résultat. (Albert, *ibid.*)

Obs. XII. — Femme de 39 ans; depuis 32 ans; goître de la face antérieure du cou, s'étendant à droite, volume d'une pomme; continue à augmenter de volume. — Extirpation partielle; narcose; incision médiane, ligature des vaisseaux thyroïdiens, isolement du récurrent droit; section de l'isthme et des adhérences trachéales avec le thermo-cautère; drainage, sutures. — Pas de réaction; réunion par seconde intention. Guérison. (Albert, de Vienne, *ibid.*)

Obs. XIII. — Femme de 38 ans ; début, il y a un grand nombre d'années ; goître de la face antérieure du cou, gros comme un poing, lisse, mobile, un peu élastique, trachée refoulée à gauche. — Forte dyspnée, accroissement rapide. — Extirpation partielle. Longue incision médiane ; énuclation facile, ligature des vaisseaux thyroïdiens à droite ; isolement du récurrent. Iodoforme, sutures, Lister. — Le 5e jour, rétention de liquide mêlé d'iodoforme. Le 10e jour, érysipèle pendant quelques jours. — Guérison au bout de 7 semaines. — A présenté tous les soirs, depuis le jour de l'opération, des températures élevées ; état général restant bon ; il y avait de l'affaissement, de l'abattement et de la pâleur pendant les premiers temps après l'opération (Intoxication iodoformique? Dr P. L.) (Albert, *ibid.*)

Obs. XIV. — Femme de 20 ans, opérée en 1880 ; goître volumineux. — Après l'opération, perte de la voix, respiration accélérée, agitation ; trachéotomie sans résultat ; manie aiguë (pas d'iodoforme), plaie presque guérie, lorsque la mort survint quatre semaines après l'opération. Rien à l'autopsie. (Anonyme, *Riedel*, p. 612.)

Obs. XV. — Femme de 46 ans, opérée en 1881 ; le goître déterminait une forte dyspnée.—Lister et iodoforme. Vomissements, pouls à 164, plaie aseptique. Le 5e jour, pouls très accéléré, petit, dyspnée, agitation, propos incohérents, grimaces. Symptômes d'œdème pulmonaire ; mort le 6e jour. — Autopsie : Foyers circonscrits de pneumonie récente, dégénérescence graisseuse du cœur. Plaie réunie, partout aseptique. — La mort fut attribuée à une intoxication par l'iodoforme. (Anonyme, *Koenig*.)

Obs. XVI. — Fille de 10 ans, opérée en 1596. — Goître du lobe droit, adhère intimement à la trachée, à peu près

du volume d'un œuf d'oie; dyspnée, voix altérée; désir des parents à cause de la difformité. — Extirpation partielle; hémorragie foudroyante; mort immédiate. (ANONYME, de Genève, *Fabrice de Hilden.*)

OBS. XVII. — Homme de 30 ans; 18 novembre 1878; depuis 10 ans; goître occupant toute la glande, surtout à droite. Dimensions : sens vertical, 0,10; transversal, 0,11; lobulé, mou, pulsatile, mobile, suit les mouvements du larynx. — Désir du patient. — Extirpation totale. Chloroforme. Incision parallèle au bord du sterno-cléido-mastoïdien droit; section de la jugulaire externe entre deux ligatures, de même que de tous les autres vaisseaux un peu importants, ligatures de catgut ou de soie phéniquée; dénudation de la carotide droite et de la trachée; hémorragie : environ 150 grammes; sutures de soie, drains, Lister. — Les premiers jours, soif, douleurs, dysphagie, jusqu'au 5e jour; puis pneumonie à droite, paralysie de la corde vocale droite de cause inconnue; intoxication phéniquée, emploi du thymol, puis pommade à l'acide borique; cicatrisation terminée en janvier. — Bardeleben attribua la paralysie de la corde vocale à l'imbibition du pneumogastrique avec de l'acide phénique. Cependant, il est dit expressément, que ni ce nerf, ni ses branches ne furent mis à nu. — Le lobe droit seul était hyperplasié, le lobe gauche était sain. C'était un goître kysto-parenchymateux hémorragique. — Au mois d'avril, la voix était redevenue presque normale. (BARDELEBEN, in *Deutsche Klin.* p. 23.)

OBS. XVIII. — Homme de 36 ans, opéré en 1879. — Paralysie de la corde vocale. — Il survient une pneumonie dans le cours du traitement consécutif. Le patient guérit.

La paralysie persiste après l'opération. (Bardeleben, rapporté par *Kœhler*.)

Obs. XIX. — Femme de 22 ans; début à 16 ans; la tumeur s'étend depuis l'oreille droite jusqu'au devant du sternum; dyspnée intense, surtout la nuit. — Extirpation totale; la tumeur envoie plusieurs prolongements entre les organes du cou; énucléation difficile; adhérences solides avec la trachée. Durée, 4 heures. Environ 30 ligatures de soie phéniquée coupées à ras. — Plus de fièvre à partir du 15e jour. Guérison par première intention, sauf le trajet laissé par le drain, par lequel les ligatures furent expulsées successivement pendant trois mois. — Antérieurement, onctions iodées. Poids de la tumeur 394 grammes; le lobe droit renfermait un kyste à contenu gélatineux, sanguinolent; le reste est du tissu fibreux avec un noyau de ramollissement. (Baumgaertner, de Baden-Baden, *Baumgaertner*.)

Obs. XX. — Femme de 32 ans; début à 23 ans; lobe droit. — Extirpation totale; 10 ligatures de soie phéniquée coupées à ras; durée, 2 heures. — Apyrexie à partir du 6e jour; réunion par première intention, sauf au point de drainage, qui fut cicatrisé au bout de quatre semaines. Au bout de huit semaines, plusieurs ligatures furent expulsées; cicatrisation terminée cinq semaines après, (total 13 semaines). — Traitement antérieur : injections iodées. — Poids de la tumeur, 135 grammes; c'était un goître hypertrophique. (Baumgaertner, *ibid.*)

Obs. XXI. — Homme de 30 ans; début à 24 ans; goître plongeant, vaisseaux très dilatés. — Grande dyspnée. — Extirpation totale; 9 ligatures de soie phéniquée, ramenées au dehors. Durée une heure et demie. — Chute des ligatures du 8e au 10e jour; cicatrisation terminée le 20e jour.

— Poids 160 grammes. Le lobe droit plongeait 0,05 derrière le sternum, où il atteignait une largeur de 0,065. — Goître hyperplasique folliculaire; dans l'isthme, il y avait des noyaux calcaires; le lobe gauche était fibreux. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXII. — Femme de 22 ans; goître solide, depuis 6 ans, trachée complètement embrassée par le goître. — Extirpation totale; adhérences tout autour de la trachée; plusieurs accès de suffocation, cessant lorsqu'on remettait la tumeur en place ; 10 ligatures de soie ramenées au dehors; durée une heure et trois quarts. — La fièvre cesse le 18e jour; ligatures retirées du 8e au 17e jour; cicatrisation complète le 21e jour. — Traitement antérieur : pommades iodées; poids de la tumeur, 210 grammes. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXIII. — Femme de 44 ans; depuis l'enfance; la tumeur proémine de deux pouces au delà de la ligne de profil. — Extirpation totale; adhérences solides avec les aponévroses; 7 ligatures de catgut ; durée trois quarts d'heure. — Réunion par première intention. Le 7e jour fièvre, gonflement considérable, douleurs; abcès ouvert le 19e jour; cicatrisation terminée le 28e. — Traitement antérieur : injections iodées; poids 475 grammes; tumeur formée par un kyste colloïde et contenant des noyaux calcifiés; le reste était du tissu fibreux. (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

OBS. XXIV. — Femme de 45 ans; goître volumineux embrassant tout le cou; dyspnée intense. — Extirpation totale; 9 ligatures de soie fixées à l'extérieur; durée, une heure et trois quarts. — Ligatures retirées du 8e au 10e jour; guérison au bout de cinq semaines. — Poids, 701 grammes; lobe droit atteint d'hyperplasie folliculaire molle, (BAUMGAERTNER, *ibid.*)

Obs. XXV. — Garçon de 13 ans; début à 11 ans; goître mobile du lobe droit, aspiré dans la cavité thoracique lorsque le patient saute, alors accès de dyspnée subite. — Dyspnée. — Extirpation totale; 3 ligatures; durée trois quarts d'heure. — Fièvre pendant deux jours; ligatures retirées le 8e jour; guérison en 15 jours. — Poids 80 grammes; goître folliculaire avec quelques petits kystes. (Baumgaertner, *ibid.*)

Obs. XXVI. — Femme de 56 ans ; début à 44 ans; tumeur mobile, peu saillante, la plus grande partie cachée derrière le sternum. — Violents accès de dyspnée le matin. — Extirpation totale. L'isolement de la portion sous-sternale est très difficile; 9 ligatures de soie ramenées au dehors; durée cinq quarts d'heure. — Réunion par première intention, le point de drainage est cicatrisé au bout de trois semaines; marche apyrétique; cinq ligatures retirées du 8e au 10e jour, les quatre autres le 19e. — Poids 280 grammes; goître hyperplasique; la partie saillante est formée par l'isthme; une tumeur arrondie reliée au lobe gauche plongeait de 0,07 dans la cavité thoracique. (Baumgaertner, *ibid.*)

(Toutes ces opérations ont été faites suivant la méthode antiseptique. L'incision a été faite sur la ligne médiane, ce qui a toujours été suffisant; les veines superficielles ont été coupées entre deux ligatures, les artères et les veines, venant de la tumeur, entre deux pinces de Hegar; à la fin de l'opération, ligature du bout central, il donnait encore; puis suture de la plaie et drains de petit calibre. Les ligatures ont été ramenées au dehors par l'angle inférieur de la plaie. Pansement : silk, gaze bouillie dans de l'acétate d'aluminium (liquide de Burow), ouate salicylatée et bandage enveloppant le cou et la poitrine. Jamais de trachéotomie).

Obs. XXVII. — Homme de 25 ans, opéré le 25 septembre 1860; goître hypertrophique ramolli du volume d'un œuf de poule, fluctuant, situé sur la ligne médiane. — Forte dyspnée, thyroïdite, fistule. — Extirpation partielle, ablation du lobe médian. — Guérison. — Une ponction faite le 9 juillet 1860 avait donné un liquide brun et du sang, et fut suivie d'une forte inflammation; il resta une fistule. Plus tard nouvelle thyroïdite. (Billroth, de Zurich, — *Billroth a*), p. 169.)

Obs. XXVIII. — Femme de 37 ans; 4 octobre 1864; goître mou, fluctuant, du volume d'une pomme, plonge derrière le sternum.— Grande dyspnée, catarrhe de la trachée, accès de suffocation, fièvre septique, délire. — Morte de septicémie le 5 octobre. — Le 1er octobre, Billroth avait pratiqué la dilacération sous-cutanée : thyroïdite intense, septicémie. (Billroth, *ibid.*, p. 174.)

Obs. XXIX. — Fille de 10 ans; tumeur médiane du volume d'une grosse aveline, pas de dyspnée. — Extirpation partielle. Guérison. (Billroth, *ibid.*, p. 175.)

Obs. XXX. — Fille de 15 ans; goître médian du volume d'une grosse noix; dyspnée modérée à la suite d'efforts, de la course, de pression sur la tumeur, etc. Extirpation partielle. Guérison. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXI. — Femme de 20 ans; tumeur médiane du volume d'une noix; pas de dyspnée; extirpation partielle. Guérison. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXII. — Femme de 25 ans; tumeur médiane, presque pédiculée, à peu près du volume d'un poing d'homme; pas de dyspnée. Extirpation partielle; guérison. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXIII. — Femme de 25 ans; tumeur médiane,

très mobile, du volume d'une pomme; pas de dyspnée. Extirpation partielle. Guérison. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXIV. — Femme de 26 ans; tumeur médiane très mobile, presque aussi grosse qu'un poing; dyspnée modérée. Extirpation partielle. Guérison. Traitée plusieurs années auparavant par l'incision, sans résultat. (Billroth, *ib.*)

Obs. XXXV. — Femme de 38 ans; tumeur médiane, pendante, presque pédiculée, à peu près du volume d'une tête d'enfant. Extirpation partielle. Guérison. Dix ans auparavant : séton, diminution de la tumeur, puis nouvel accroissement. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXVI. — Femme de 26 ans; goître médian gros comme une noix. Extirpation partielle. Guérison. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXVII. — Femme de 34 ans; tumeur du lobe droit, peu proéminente, du volume d'un œuf de poule; forte dyspnée. — Extirpation partielle. Guérison. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXVIII. — Garçon de 17 ans; goître profond, sous-sternal, à peine perceptible en dehors, du volume d'un œuf de poule. — Dyspnée colossale, accès d'asphyxie. Extirpation partielle. — Médiastinite, pleurésie, septicémie. Mort au bout de cinq jours. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XXXIX. — Homme de 21 ans; à gauche, tumeur profonde, à peine visible, plus grosse qu'un œuf de poule; grande dyspnée. Extirpation partielle; pyohémie. — Mort au bout de sept jours. (Billroth, *ibid.*, p. 176.)

Obs. XL. — Homme de 23 ans; tumeur à peine perceptible à l'extérieur; forte compression latérale de la trachée qui est refoulée à gauche et réduite à une fente. — Grande dyspnée, accès de suffocation. — Extirpation partielle, tumeur

du volume d'un œuf de poule ; soulagement.—Le lendemain, dyspnée intense, râle trachéal, trachéotomie ; le 7e jour, collapsus rapide et mort subite. — Autopsie : bronchite capillaire intense. (Billroth, *ibid.*)

Obs. XLI. — Homme de 25 ans. A droite, tumeur profonde, peu visible, du volume d'un œuf de poule ; forte dyspnée, emphysème. Extirpation partielle. Septicémie. Mort deux jours après l'opération. (Le même, *ibid.*)

Obs. XLII. — Homme de 29 ans ; tumeur médiane, rétrosternale, du volume d'une pomme. — Dyspnée formidable pendant la nuit, accès d'asphyxie, insomnie, angoisse. — Extirpation partielle. Au moment du réveil, hémorragie récurrente profondément derrière le sternum ; tamponnement avec du perchlorure de fer. — Dyspnée due au tampon ; on l'enlève le lendemain : nouvelle hémorragie ; perchlorure de fer, nécrose de la trachée, médiastinite, septicémie. Mort le 4e jour. (Le même, *ibid.*)

Obs. XLIII. — Femme de 22 ans ; à droite, tumeur profonde, comme un œuf de poule. Extirpation partielle. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XLIV. — Jeune homme de 17 ans. Toute la moitié droite du corps thyroïde est remplie de nodosités ; dyspnée intense. Extirpation du lobe droit, qui plonge profondément derrière le sternum. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XLV. — Femme de 29 ans. Toute la glande est remplie de nodosités ; trachée fortement comprimée ; dyspnée colossale. Extirpation totale. — Impossibilité d'avaler après l'opération, collapsus. Mort au bout de 48 heures. Autopsie : le nerf récurrent est compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure. (Le même, *ibid.*)

Obs. XLVI. — Femme de 24 ans ; tumeur médiane du

volume d'une grosse pomme. Extirpation partielle. Guérison. (Le même, *ibid.*)

(Toutes ces opérations furent faites pendant les années 1860 à 1867.)

Obs. XLVII. — Jeune homme de 16 ans; 8 juillet 1868; goître situé dans le lobe gauche; dyspnée. — Mort de méningite. (Billroth, de Vienne, *Billroth* b', p. 58.)

Obs. XLVIII. — Homme de 39 ans. — Extirpation partielle; fortes adhérences; hémorragie colossale; l'opération ne peut pas être terminée. — Mort d'épuisement le lendemain. La tumeur était en voie de dégénérescence carcinomateuse. (Le même, *Billroth*, p. 185.)

Obs. XLIX. — Femme de 22 ans. — Extirpation partielle. — Morte de pyohémie. (Le même, *ibid.*, p. 186.)

Obs. L. — Femme de 62 ans. — Extirpation partielle. — Morte de septicémie. (*Id.*, *ibid.*)

Obs. LI. — Fille de 14 ans. — Goître volumineux, multilobé, à droite, plonge profondément derrière le sternum. — Extirpation partielle faite en deux fois. — Paralysie de la corde vocale droite. On suppose que le nerf récurrent droit a été compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure. — Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LII. — Jeune homme de 14 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (Le même, *ibid.*, p. 185.)

Obs. LIII. — Jeune homme de 14 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LIV. — Jeune homme de 17 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LV. — Homme de 24 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LVI. — Homme de 40 ans. — Extirpation partielle. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LVII. — Fille de 19 ans. — Extirpation partielle. — Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LVIII. — Femme de 29 ans. — Extirpation partielle. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. LIX. — Homme de 54 ans, opéré le 11 novembre 1874. — Tumeur médiane, mobile, du volume d'un œuf de poule. Opération préliminaire à une laryngectomie. — Extirpation totale, opération facile. — Mort le 4e jour des suites de l'extirpation du larynx. (Le même, *ibid.*, 186-187.)

Obs. LX. — Femme de 28 ans; 18 juin 1877; goître du lobe droit existant probablement depuis la naissance, du volume d'une petite tête d'enfant; à gauche, tumeur grosse comme un œuf de poule; circonférence du cou, 0,45. — Dyspnée et palpitations après des efforts. — Extirpation partielle. Lister, Spray. Incision parallèle au bord du sterno-cléïdo-mastoïdien; vaisseaux saisis entre des ligatures en masse de catgut ou entre des pinces hémostatiques et sectionnés au moyen du thermo-cautère; dix ligatures en masse et deux ligatures isolées. La moitié droite du cartilage thyroïde est complètement ramollie. Douze sutures, drainage, pansement humide à l'acide phénique; bandage embrassant la tête, le cou et le thorax. — Lèvres de la plaie cutanée réunies par première intention; peu de liquide par les drains, mais d'une odeur fétide gangréneuse; élimination de lambeaux de tissu sphacelé; bronchite intense. Le 12e jour, au lieu du pansement phéniqué, pommade à l'oxyde de zinc. — Sort guérie le 24e jour. — A l'âge de 16 ans, ponctions réitérées sans résultat. (Billroth, *Woelfler a*, p. 170.)

Obs. LXI. — Femme de 36 ans; 27 février 1878; début à 31 ans. Kysto-papillome (?) énorme, depuis l'apophyse

mastoïde droite jusqu'à la clavicule, et depuis le menton jusqu'au sternum. Tumeur molle, presque fluctuante, adhère à la peau et aux parties voisines, plonge profondément derrière le sternum. — Depuis deux jours, rupture d'un kyste et hémorragie profuse. — Extirpation partielle. Excision d'une partie de la peau. Opération laborieuse, hémorragie colossale, tamponnement avec du penghavar djambi ; suture partielle de la plaie. Lister; bandage comme ci-dessus. — Anémie, suppuration abondante, cavité profonde de 0,10 derrière le sternum. — Sort le 40e jour avec une petite plaie bourgeonnante. — Deux ans auparavant, ponction d'un kyste et injections iodées; amélioration passagère. Un mois après la sortie, raclage des bourgeons exubérants. Cicatrisation. Engorgement de quelques ganglions, résolution partielle (7 septembre 1878). (Le même, *ibid.*, p. 171.)

Obs. LXII. — Fille de 19 ans, 15 mai 1878 ; début à 17 ans; tumeur médiane, ferme, élastique; fréquentes palpitations, pas d'affection du cœur. — Extirpation partielle, brouillard au thymol. Incision médiane, 6 ligatures en masse et 10 petites, 5 sutures de soie, drainage; Lister; bandage comme ci-dessus. — Deux pansements ; réunion par première intention le 13e jour, sauf au point de drainage. Sort guérie le 4 juin. (Le même, *ibid.*, p. 172.)

Obs. LXIII. — Femme de 25 ans, 29 mai 1878; début à 17 ans; tumeur petite, mobile, dans la région de la corne droite de l'os hyoïde. — Extirpation partielle, énucléation facile, section du sterno-hyoïdien; 2 ligatures de soie; Lister; bandage comme ci-dessus. — Guérison par première intention le 6e jour. Les ligatures sont expulsées plus tard par deux petits abcès. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXIV. — Femme de 29 ans ; 22 mai 1878; début à 10 ans ; tumeur du lobe droit, dure, du volume d'un œuf de poule, longueur 0,07; lobe gauche beaucoup plus volumineux, s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule. Les deux tumeurs sont mobiles. — Dyspnée à la suite d'efforts. — Extirpation partielle, brouillard au thymol. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien gauche; division de la capsule ; énucléation ; 10 ligatures en masse et 10 ligatures immédiates ; hémorragie modérée arrêtée au moyen du thermocautère ; 3 drains, 2 sutures à plaques et 12 à points séparés. Durée 1/2 heure; Lister. — A partir du 3e jour apyrexie ; le 10e, pommade à l'oxyde de zinc, réunion parfaite, sauf au point de drainage inférieur, qui suppure pendant 15 jours ; élimination de quatre ligatures en masse. — Sort guérie le 22 juin. — La voix est d'abord enrouée à cause de la paralysie de la corde vocale gauche ; puis amélioration, mais la paralysie persiste. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXV. — Femme de 24 ans, 17 juin 1878 ; début à 12 ans ; tumeur du lobe gauche, ovale, longueur 0,16, largeur 0,14; le lobe droit a le volume d'un œuf de poule ; à gauche, la peau porte des cicatrices dues à l'emploi de frictions irritantes. — Dyspnée, gêne de la parole, dysphagie. — Extirpation partielle. Énucléation de la tumeur du lobe gauche; excision d'un lambeau elliptique de la peau ; la partie inférieure de la tumeur est enveloppée de tissu glandulaire qu'on divise entre deux pinces hémostatiques; 12 ligatures en masse ; le lobe droit reste intact; trois drains, sutures ; Lister. — Durée 1/2 heure. — Réunion par première intention, sauf aux points de drainage; exeat le 7 juillet. — La tumeur était un goître colloïde. (Le même, *ibid.*, p. 173.)

Obs. LXVI. — Homme de 46 ans, 27 juillet 1878; début à 39 ans; à droite deux tumeurs grosses comme des œufs d'oie, fermes, peu mobiles, indolentes. — Extirpation partielle. La tumeur s'étend loin vers les régions profondes du du cou et vers le bas; nombreuses ligatures, y compris celle de la jugulaire interne; hémorragie colossale; entrée de l'air dans une veine; collapsus, respiration artificielle, drainage, sutures. Au bout de six jours, les plaies sont presque guéries; quelques jours après, thrombose de la jugulaire interne et de la sous-clavière; élimination de 9 ligatures de soie. Exeat, guérie le 21 août. — La tumeur était composée en partie de petits kystes contenant des végétations papillomateuses et en partie de masses solides, renfermant des restes de tissu thyroïdien. Le néoplasme ressemblait beaucoup au tissu du cancer. Avant l'opération, Billroth avait posé le diagnostic : lymphome. (Le même, *ibid.*, p. 174.)

Obs. LXVII. — Femme de 22 ans; 24 octobre 1878. — Goître existant depuis l'enfance; à gauche, tumeur de la grosseur d'un poing d'homme; à droite, une autre de la grosseur d'un œuf de pigeon. — Dyspnée à la suite d'efforts. — Extirpation partielle. Brouillard au thymol. Incision de 0,10 le long du sterno-cléido-mastoïdien gauche, division de la capsule, énucléation par la voie mousse, section des brides entre deux pinces hémostatiques, ligature de la thyroïdienne supérieure gauche, six ligatures, hémorragie très peu considérable, lavage au thymol; drainage, sutures à plaques et à points séparés; pansement antiseptique; durée 1/2 heure. — Pas de fièvre; réunion par première intention. Guérison le 15e jour. (Le même, *Woelfler b*; col. 758.)

Obs. LXVIII. — Fille de 15 ans, opérée le 18 novembre 1878. Début à 7 ans; tumeur de la grosseur d'une noix située sur la ligne médiane. — Désir de la patiente pour motif d'esthétique. — Extirpation partielle; drainage, suture, pansement antiseptique. — Pas de fièvre. — Sort guérie le 27 novembre. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXIX. — Homme de 41 ans; 17 octobre 1878. Début avant l'âge de 15 ans. Tumeur du lobe droit presque aussi grosse qu'une tête d'homme; larynx refoulé à gauche. — Extirpation partielle. Excision d'un lambeau elliptique de la peau; section des veines entre deux pinces, ligatures des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure droites, très peu d'hémorragie, 23 ligatures, drainage, sutures à plaques; pansement antiseptique. — Réunion par première intention. Le 16e jour, ouverture d'un abcès et légère suppuration par l'un des points de drainage. Sort guéri le 25 novembre. (Le même, *ibid.*, col. 759.)

Obs. LXX. — Femme de 35 ans; 11 novembre 1878. Début à 34 ans; tumeur du lobe médian, du volume d'une pomme; les lobes latéraux sont modérément augmentés de volume. — Dyspnée intense, menaçante, altération de la voix. — Extirpation totale. Incision de 0,06 sur la ligne médiane; tumeur médiane intimement unie aux lobes latéraux; ligature des thyroïdiennes supérieures et inférieures; énucléation de toute la glande; peu d'hémorragie; treize ligatures de soie abandonnées dans la plaie; drainage, sutures à plaques et à points séparés; pansement antiseptique; durée 3/4 d'heure. — Marche satisfaisante; réunion par première intention; le dixième jour, pommade à l'acide borique. Plus tard, abcès, élimination de quatre ligatures de soie. — Guérison au bout de vingt jours. — Poids de la tu-

meur 50 gr. ; à la face postérieure, empreinte de la trachée. — La voix reste enrouée; on constate une paralysie de la corde vocale droite. — La malade éprouva divers symptômes attribués à l'ablation de la glande; agitation, insomnie, spasmes cloniques des extrémités, céphalalgie, gêne de la respiration, éblouissements, bourdonnements, etc. Il y avait en outre antéflexion de l'utérus et sensibilité des ovaires. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXI. — Homme de 35 ans, opéré en 1878. Début à 29 ans, tumeur plus grosse qu'une tête d'enfant, au côté droit du cou, très dure, presque pas mobile; larynx refoulé à gauche, veines sous-cutanées très volumineuses. — Respiration très pénible, sifflante. — Extirpation partielle, incision semi-lunaire depuis l'apophyse mastoïde droite jusqu'à la ligne médiane et descendant jusqu'à la clavicule; adhérences solides avec la trachée ramollie; séparation par la voie mousse, pas d'accidents graves du côté des voies respiratoires; la carotide, le pneumo-gastrique et la jugulaire interne dénudés au fond de la plaie; très peu d'hémorragie; drainage, sutures, pansement antiseptique. — Le 2me jour, pneumonie double et delirium tremens, guérison complète de la plaie au bout de 8 jours; ensuite, abcès et élimination de trois ligatures de soie, guérison au bout de 4 semaines. — La voix resta enrouée à cause d'une paralysie de la corde vocale droite (Le même, *ibid* n° 29.)

Obs. LXXII. — Homme de 65 ans; 16 décembre 1878. Début à 50 ans; tumeur du lobe gauche, du volume d'un poing d'homme, globuleuse, molle, élastique, larynx refoulé à droite, veines volumineuses. — Dyspnée intense, inspiration très bruyante, le patient ne peut dormir qu'assis. — Extirpation partielle, incision de 0,09. Division de la

capsule, énucléation facile, 13 ligatures de soie, sutures, pansement antiseptique. — Pas de réaction, guérison par première intention. Sort le 10e jour; 2 jours après, forte dyspnée, gonflement diffus, suppuration modérée de la cicatrice cessant au bout de 3 semaines. — En examinant 6 semaines après, on trouve encore une fistule profonde de 0,04 et un gonflement de la grosseur d'un œuf. — La gêne de la respiration avait persisté après l'opération et durait encore lors du dernier examen. On l'attribua au ramollissement de la trachée qui, lors de l'opération, n'avait pas été dénudée. Des rapports ultérieurs disent que la respiration est redevenue libre. Il y avait en outre enrouement et paralysie de la corde vocale gauche (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXIII. — Jeune homme de 15 ans, 10 janvier 1879. Depuis la naissance; gonflement diffus du lobe droit; sur la ligne médiane, tumeur du volume d'une noix, plongeant derrière le sternum. — Dypsnée; la nuit, accès d'asphyxie; la pression sur la tumeur fait tousser le patient; enrouement. — Extirpation partielle, brouillard au thymol, incision de 0,06; 10 ligatures de soie, réunion de la plaie, pansement antiseptique.—Le patient s'engoue facilement après l'opération. Apyrexie à partir du 7e jour. Guérison par première intention; exeat, le 29 janvier. — Quelques jours avant l'opération, injection de teinture d'iode; diminution de la tumeur, mais la gêne respiratoire avait persisté. Lors de la sortie du patient, il y avait encore paralysie de la corde vocale droite; néanmoins la voix était nette. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXIV. — Homme de 23 ans, 23 janvier 1879. Début à 20 ans. Goître occupant les faces antérieure et latérales du cou, commençant au-dessus des apophyses mas-

toïdes et s'étendant jusque derrière les clavicules, et des deux côtés jusqu'aux trapèzes; tumeur trilobée, molle, presque fluctuante par places, surface tubéreuse; veines sous-cutanées très volumineuses. — Dyspnée exaspérée par les efforts et la marche rapide. — Extirpation totale, incision semi-lunaire, à 0,03 au-dessous de l'apophyse mastoïde droite, jusqu'à 0,03 au delà de la ligne médiane, et jusqu'à la fourchette du sternum. Énucléation laborieuse, artère thyroïdienne supérieure droite très volumineuse, 26 ligatures, sutures, drainage, pansement antiseptique; durée, 50 minutes — Marche très satisfaisante; réunion par première intention, sans aucune réaction; un peu de liquide par le drain inférieur. Le 7e jour, expulsion d'un grand nombre de ligatures; les dernières sont éliminées dans la cinquième semaine. La sixième semaine, on constate une pneumonie chronique de la base des deux poumons. Exeat. — Précédemment, injections iodées à la suite desquelles la circonférence du cou était tombée de 0,54 à 0,45; pas d'amélioration des symptômes, mais amaigrissement et fièvre.— Poids de la tumeur 650 grammes; la forme est celle du poumon d'un enfant. Les trois premiers jours, le patient s'engoua facilement; quatre semaines après l'opération, on constata une paralysie complète de la corde vocale droite et une parésie de la moitié droite de l'épiglotte. (Le même, *ibid.*, n° 30.)

Obs. LXXV. — Femme de 23 ans; 10 mars 1879; début à 20 ans; tumeur médiane du volume d'un gros poing d'homme; les lobes latéraux augmentés de volume; larynx déplacé, la fente de la glotte déviée, la corde vocale gauche un peu parésique, trachée considérablement rétrécie. — Dyspnée, enrouement. — Extirpation totale. Inci-

sion de 0,10 le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien droit; ligature de la jugulaire externe, adhérences intimes du lobe médian avec la trachée, séparation laborieuse, cyanose de la patiente; la trachée ramollie bascule, la respiration cesse; on dénude rapidement la trachée, on l'incise et l'on insufle de l'air au moyen d'une canule. La patiente revient à elle et l'on achève l'opération. Hémorragie assez abondante, un peu de sang s'écoule dans la trachée; 20 ligatures; durée 40 minutes. — Les premiers jours, crachats purulo-sanguinolents : pneumonie. Résolution le 5e jour. Toute la plaie s'était réunie par première intention. Le 7e jour, on retire la canule. — Après l'opération, paralysie de la corde vocale gauche. Les mouvements de l'épiglotte étaient redevenus normaux. Quatre semaines après l'opération, la lumière de la trachée était rétablie, la glotte avait repris son état normal. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXVI. — Femme de 23 ans; 6 septembre 1879; goître de la grosseur d'un œuf d'oie, fluctuant par places, plonge derrière le sternum. — Voix enrouée, chuchotante, presque aphone. — Extirpation totale. Énucléation très laborieuse du lobe gauche qui plonge derrière le sternum. — Le soir de l'opération, spasmes tétaniques des extrémités supérieures revenant tous les jours plusieurs fois. Cicatrisation achevée le 8 octobre, exeat, le 16. — Les accès se répètent presque journellement après la sortie de l'hôpital. Rentrée le 16 novembre avec une tétanie bien caractérisée; on constate une paralysie des deux cordes vocales. Le 2 décembre, accès très intense, atteignant presque tous les muscles du corps, dyspnée et cyanose très fortes; cet accès revient plusieurs fois; le même jour, œdème pulmonaire; mort le 7 décembre. — A l'autopsie, on trouve les nerfs ré-

currents libres; celui du côté gauche est entouré à sa partie inférieure de tissu conjonctif un peu épaissi. (BILLROTH. — *Weiss*, p. 16.)

OBS. LXXVII. — Femme de 42 ans; 14 juin 1880. — Début à 28 ans. — Dyspnée, toux; grossesse de quatre mois. — Extirpation totale. — Aussitôt après l'opération, accès de tétanie dans les membres supérieurs, se répétant les jours suivants. Le 8 juillet, douleur au côté gauche du cou et nouvel accès. On découvre un abcès à l'endroit indiqué; on l'incise. Les accès cessent définitivement. — Guérison. — Revue en juillet, se porte très bien, n'a plus eu d'accès; voix toujours chuchotante, mais un peu plus forte et continuant à s'améliorer. (LE MÊME, *ibid.*, p. 22.)

OBS. LXXVIII. — Fille de 12 ans, opérée fin 1880. — Épilepsie. — Accès de tétanie aussitôt après l'opération. — Guérison. — Encore en traitement au moment de la publication du travail. (Février 1881). (LE MÊME, *ibid.*, p. 15 et 24, note.)

OBS. LXXIX. — Homme de 18 ans; 21 juin 1878; goître plongeant sur la ligne médiane, du volume d'un œuf de poule, pédiculé, très mobile. — Accès de suffocation, surtout pendant le sommeil. — Extirpation totale. Narcose. Incision médiane; forte hémorragie veineuse; le pédicule vient du lobe droit, qui plonge derrière le sternum et la première côte, et va jusqu'à l'œsophage. Artères grosses comme un tuyau de plume; trachée déviée à droite; hémorragie modérée, plus de trente ligatures. Durée 2 1/2 heures. Lister. — Pendant les 8 premiers jours, mélancolie et stupeur. Le 25, plaie complètement fermée, sauf une petite fistule. Le soir, dyspnée énorme, cyanose, 40° 1/2 c., rétention de liquide: incision, drainage, guérison.

rapide. Exeat, fin juillet. — Hypertrophie simple, avec de petits kystes. La tumeur extirpée était beaucoup plus volumineuse qu'elle ne le paraissait d'abord. — Les phénomènes psychiques furent attribués par l'auteur à des troubles de la circulation cérébrale, consécutifs à la thyroïdectomie. (Borel-Laurer, de Neufchâtel. — *Borel-Laurer a et b.)*

Obs. LXXX. — Femme de 24 ans ; 2 mars 1880. Goître suppuré des lobes droit et moyen, ayant subi en partie la dégénérescence calcaire; fistule suppurée.—Pas de troubles; désir de contracter mariage. — Extirpation partielle. Incision médiane. Ligature des jugulaires antérieure et externe et des artères thyroïdiennes supérieure et inférieure. Lavage avec une solution de chlorure de zinc (5 %) — Guérison au bout de 41 jours. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXXI. — Femme de 22 ans ; 29 mars 1880 ; goître parenchymateux des trois lobes.— Légère dyspnée; désir de se marier. — Extirpation totale ; pas d'incidents ; extirpation d'une partie de la capsule pour éviter la suppuration Exeat, le 4 mai, complètement guérie. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXXII. — Jeune garçon de 7 ans ; 14 mai 1880 ; goître parenchymateux de la grosseur d'un poing. — Trachéosténose, symptômes graves. — Extirpation totale. Le lobe gauche adhère à la jugulaire interne sur une grande étendue. — Mélancolie et agitation pendant plusieurs jours. Exeat, guéri le 23 juin. (Relativement aux troubles psychiques, voir ci-dessus, obs. LXXIX). (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXXIII.—Femme; 7 janvier 1881; début il y a grand nombre d'années; goître parenchymateux des trois lobes, très volumineux, s'étend d'un sterno-cléïdo-mastoïdien à l'autre et les refoule en arrière; la carotide bat sous l'apophyse mastoïde; veines volumineuses.—Dyspnée, dysphagie,

face cyanosée, impossibilité presque absolue de monter les escaliers, respiration sifflante. — Extirpation totale, opération laborieuse; dissection de tout le cou, jusqu'à la colonne vertébrale. Très grand nombre de ligatures. — Les drains et les sutures sont enlevés le 5e jour. Cicatrisation complète le 21e jour. Pleurésie à droite. Exeat, le 17 février. — Troubles psychiques pendant une semaine environ, au cours du traitement. La patiente croyait être un chamois auquel un coup de feu avait emporté le dos. Cette idée s'évanouit aussitôt qu'on lui eut permis de se tâter le dos. (Voir l'explication de ce phénomène à l'obs. LXXIX). (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXXIV. — Jeune fille de 18 ans; 1er juin 1881. Goître parenchymateux de la grosseur d'une tête d'enfant. — Légère cyanose de la face, hypertrophie du cœur, désir de la patiente qui ne peut plus faire son service. — Extirpation? Hémorragie considérable; entrée de l'air dans les veines, accès de suffocation menaçant, trachéotomie. Le catgut et la soie déchirent les parois amincies des vaisseaux; forcipressure avec des pinces de Pean, qui restent en place. Pansement antiseptique incomplet, à cause de la canule et des pinces. — Suppuration profuse, fétide; symptômes d'infection. Morte le 7 juin, sans qu'on pût en déterminer la cause. — A l'autopsie on constata nettement les symptômes déterminés par l'entrée de l'air dans les veines, mais on ne put retrouver le point d'entrée. L'auteur attribue (avec raison, selon moi), l'abondance et la fétidité de la suppuration, à la présence des pinces hémostatiques. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXXV. — Femme de 24 ans; 29 août 1881. — Thyroïdite suppurée des lobes gauche et moyen, fistules; à gauche, tumeur grosse comme un poing. — Extirpation

partielle. — Exeat, guérie le 15 septembre. (Le même, *ibid.*)

Obs. LXXXVI. — Homme de 20 ans ; 2 mai 1882 ; goître du volume d'un poing, dur, peu mobile, douloureux. — Extirpation? Opération difficile, à cause d'adhérences étendues. Durée, plus de 4 heures. Pansement à l'acide phénique.— Guérison par première intention. Exeat, le 23 mai. — D'autres traitements étaient restés sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 421, note.)

Obs. LXXXVII. — Fille de 16 ans, 14 juin 1882. — Goître rétro-sternal, ramollissement kystique. — Indications : on craignait les dangers pouvant résulter du siége du goître. — Extirpation ? Pendant l'opération le lobe médian s'échappe deux fois derrière le sternum et détermine des accès de suffocation menaçants. Après l'extirpation, il reste derrière le sternum, un profond entonnoir dans lequel plonge l'index tout entier.— Pas de fièvre, réunion par première intention. — Aux dernières nouvelles (24 juin), la patiente était encore à l'hôpital pour reprendre des forces. Les traitements antérieurs étaient restés sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 422, note.)

Dans tous ces cas, Borel a employé le drainage et un pansement antiseptique soit à l'acide salicylique, soit au borax, soit à l'acide phénique ; d'autres fois, il a pansé seulement à la glycérine et à l'alcool. Il appliquait un bandage compressif avec des bandes de gaze humide, enveloppant la tête, le cou et le thorax. Le spray n'était employé que pour les pansements.

Obs. LXXXVIII. — Jeune homme de 16 ans, opéré en 1851 ; atteint d'un goître depuis l'enfance. Goître kysto-parenchymateux, tubéreux ; le volume des lobes varie depuis celui d'un œuf de poule à celui d'une pomme ; fluctuation

en certains endroits. — Dyspnée. — Extirpation totale. Hémorragie abondante; patient très épuisé; 7 ligatures. Ligature de la base de la tumeur, à cause de la prostration du patient. Le soir, hémorragie secondaire. Le 3e jour, ablation de la tumeur gangrénée, fièvre intense. — Guérison en quatre semaines. (BRUNS, de *Tubingue*. — *Süskind*, tabl. I.)

OBS. LXXXIX. — Femme de 23 ans. — Début à 17 ans; tumeur du lobe gauche, du volume d'un poing, bosselée, mobile. Diamètre vertical 0,10, transversal 0,095, proéminence en avant 0,07, circonférence du cou 0,47. En haut et à gauche, nodosité dure, solide, du volume d'une noix, intimement unie au goître. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Incision longitudinale; beaucoup de veines. Section des vaisseaux entre deux ligatures. Pédicule (diamètre 0,015) lié sur le constricteur de Dupuytren; 25 à 30 ligatures; pas d'hémorragie. Durée 1 1/2 heure. Ligatures ramenées au dehors. — Réaction modérée; constriction du pédicule augmentée tous les jours. Chute de la tumeur le 14e jour. Exeat, au bout de quatre semaines avec une fistule profonde de 0,04 qui se ferma bientôt. — Circonférence du cou après l'opération 0,39. Traitement antérieur (non décrit) sans résultat. (LE MÊME, *Deutsche Klinik*, 1859; p. 145.)

OBS. XC. — Garçon de 8 ans; opéré en 1856; début à 4 ans; goître parenchymateux du lobe droit du volume d'un poing d'homme, ferme, lisse. Circonférence du cou, 0,41. — Difformité. — Extirpation partielle. La faiblesse du patient force le chirurgien à laisser l'opération inachevée. La prostration augmente. Septicémie. Mort après 12 jours. — Autopsie : infiltration purulente du tissu conjonctif du cou. (LE MÊME, *Süskind*, tabl. I.)

Obs. XCI. — Femme de 24 ans, opérée en 1857; début à 17 ans; goître kysto-parenchymateux (colloïde) du lobe médian, du volume d'un poing, dur, arrondi; circonférence du cou 0,47. — Extirpation partielle; hémorragie de six onces au plus; 24 ligatures; durée 2 heures. — Réaction modérée; toux et enrouement passagers; guérison en quatre semaines. (Le même, *ibid.*)

Obs. XCII. — Femme de 31 ans, opérée en 1859; porte un goître depuis sa jeunesse; goître kysto-parenchymateux du lobe droit, du volume d'un poing d'homme; ferme en quelques points, rénitent en d'autres; circonférence du cou 0,40. — Dyspnée, douleurs. — Extirpation partielle; hémorragie très faible; durée une heure. — Grande agitation. A partir du 6e jour, hémorragies répétées de la thyroïdienne; le 10e jour, hémorragie de la carotide commune; collapsus, frissons, pyohémie. Mort au bout de 15 jours. — Autopsie : abcès métastatiques du cerveau et des poumons. (Le même, *ibid.*)

Obs. XCIII. — Homme de 47 ans, opéré en 1860; porte un goître depuis son enfance. Goître kysto-parenchymateux du lobe gauche, pyriforme, bilobé, en partie fluctuant, en partie solide. Circonférence du cou 0,53. — Extirpation partielle; enrouement pendant l'opération; hémorragie peu considérable. — Peu de réaction. Guérison en quatre semaines. (Le même, *ibid.*)

Obs. XCIV. — Femme de 26 ans; 5 août 1861; porte un goître depuis sa naissance (?). — Goître kysto-parenchymateux du lobe droit, forme ovale, du volume d'un œuf de poule, mobile, bosselé, partie dur, partie rénitent; à gauche, tumeur grosse comme une cerise, mobile, ferme; circonférence du cou 0,34. — Pas de troubles; désir de la patiente.

—Extirpation partielle ; chloroforme. Incision longitudinale sur la tumeur; section des brides et des vaisseaux entre deux ligatures; pédicule serré avec un constricteur de Dupuytren et ablation de la tumeur; presque pas d'hémorragie; 18 ligatures ramenées au-dehors; pansement simple : glace. — Le soir, dysphagie; réaction, frissons. Le 13, hémorragie violente (12 onces), compression digitale; exeat, le 3 septembre, presque guérie. — Circonférence du cou 0,315. La tumeur était composée de tissu thyroïdien, avec trois kystes renfermant du sang coagulé. Précédemment, ponction exploratrice. (Le même, *ibid.*, p. 35.)

Obs. XCV. — Homme de 30 ans, opéré en 1863; début à 16 ans; goître kysto-parenchymateux, médian, du volume de deux poings; en partie dur, en partie fluctuant, mobile, circonférence du cou 0,45. — Dyspnée, dysphagie. — Extirpation partielle, hémorragie de 2-3 onces; 20-30 ligatures. Durée une heure. — Fièvre violente, dysphagie pendant 15 jours; guérison au bout d'un mois. (Le même, *ibid.*, tableau VI.)

Obs. XCVI. — Homme de 28 ans, opéré en 1864. Début à 14 ans; goître kysto-parenchymateux, médian, hémisphérique, mou, élastique, en quelques points d'une dureté osseuse; circonférence du cou 0,44. — Dyspnée. — Extirpation partielle, pas d'hémorragie, 7 ligatures, durée 20 minutes. — Réaction modérée, dysphagie, petite hémorragie secondaire le jour de l'opération. Guérison en 15 jours. (Le même, *ibid.*)

Obs. XCVII. — Femme de 28 ans, opérée en 1864. Début à 22 ans; goître kysto-parenchymateux sur la ligne médiane, de la grosseur d'un poing d'enfant, hémisphérique, ferme; circonférence du cou 0,39. — Légère gêne respiratoire.

— Extirpation partielle. Hémorragie de 6-8 onces; durée 1/2 heure. — Réaction très modérée, dysphagie. Guérison en trois semaines. (Le même, *ibid.*)

Obs. XCVIII. — Homme de 19 ans; 29 novembre 1864. Début à 5 ans. Goître kysto-parenchymateux occupant les faces antérieure et latérales du cou, bosselé, mesure transversalement 0,29, verticalement 0,18, circonférence du cou 0,46. La tumeur s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'au sternum et aux clavicules; celles-ci sont déprimées par le poids de la tumeur; larynx refoulé à gauche. — Grande dyspnée, face livide. — Extirpation totale, chloroforme au début de l'opération. Incision médiane, section des brides entre deux ligatures; ponction de l'une des tumeurs, assez grande quantité de liquide brunâtre; trachée refoulée jusqu'aux apophyses transverses gauches des vertèbres cervicales; elle est fortement comprimée, les parois latérales sont distantes l'une de l'autre de deux lignes à peine; 80-90 ligatures, dont la moitié reste attachée à la tumeur; hémorragie très modérée. Pansement simple; durée 2 heures. — Patient très faible, respire beaucoup plus facilement, pas de douleurs. A partir du 12 décembre, apyrexie. Exeat, le 11 janvier. — Circonférence du cou 0,33. Précédemment, ponction ayant donné deux cuillerées d'un liquide séreux. (Le même, *ibid.*, p. 37.)

Obs. XCIX. — Homme de 25 ans, opéré en 1865. Début à 11 ans. Goître kysto-parenchymateux (colloïde); deux tumeurs du volume d'un œuf de poule et d'un œuf de pigeon, fermes, non fluctuantes, bosselées; circonférence du cou 0,42. — Dyspnée. — Extirpation totale, peu d'hémorragie. — Fièvre modérée pendant huit jours. Guérison en 3 semaines. (Le même, *ibid.*, tabl. VI.)

Obs. C. — Homme de 32 ans, opéré en 1866. Début à 26 ans. Goître kysto-parenchymateux, avec fistule, du volume d'un poing, lisse, siége dans le lobe droit. — Douleurs. — Extirpation partielle, hémorragie peu considérable; 18 ligatures; grand épuisement du patient; durée 5/4 d'heure. — Fièvre modérée; à partir du 6e jour, frissons, forte fièvre, dyspnée, pyohémie. Mort le 15e jour. —Auparavant, ponction, injection, incision. On suppose que le goître émanait d'une glande thyroïdienne accessoire. (Le même, *ibid.*, tabl. VII.)

Obs. CI. — Homme de 24 ans, opéré en 1866; le goître existe depuis l'enfance. Goître fibro-osseux médian, du volume d'une grosse noix, bosselé, mobile. Circonférence du cou 0,42. — Dyspnée. — Extirpation partielle. Anesthésie locale avec de l'éther. Presque pas d'hémorragie, pas de ligatures de gros vaisseaux. — Hémorragie secondaire au bout d'une heure; 2 ligatures, presque pas de fièvre. Dysphagie les premiers jours. Guérison en 15 jours. (Le même, *ibid.*)

Obs. CII. — Homme de 31 ans, opéré en 1867. Début à 22 ans. Goître parenchymateux du volume d'une bille de billard, ferme, mobile, dans la fossette jugulaire.— Dyspnée. — Extirpation partielle, peu d'hémorragie. Peu de fièvre et seulement pendant quatre jours. Guérison au bout de six semaines. (Le même, *ibid.*)

Obs. CIII. — Femme de 21 ans, opérée en 1868. Début à 15 ans. Goître kysto-parenchymateux ayant presque le volume d'une tête d'enfant, globuleux, rénitent, circonférence du cou 0,44. — Forte dyspnée. — Extirpation partielle (?). Hémorragie très peu considérable; 30 ligatures; durée 54 minutes. — Peu de fièvre, dysphagie pendant les

premiers jours. Guérison en un mois. — Antérieurement, ponction suivie d'une injection; électrolyse sans succès. (Le même, *ibid.*)

Obs. CIV. — Jeune fille de 14 ans, 26 mai 1868. Goître existant depuis la naissance, forme parenchymateuse, du volume d'une tête d'enfant, situé sur la ligne médiane, très mobile, ferme, dur, avec des noyaux de calcification; à sa surface, on voit battre la thyroïdienne supérieure gauche. Circonférence à la base 0,35, diamètre transversal 0,125, diamètre vertical 0,095; circonférence du cou 0,47. — Dyspnée modérée. — Extirpation totale. Chloroforme, ligature préliminaire de la thyroïdienne supérieure gauche. Incision de 0,15, veines très dilatées, se déchirant sous le doigt, adhérences très solides de la tumeur avec la trachée; deux prolongements sont serrés au moyen du constricteur de Dupuytren et sectionnés; hémorragie veineuse considérable; 30 ligatures; durée 1 1/2 heure. — Grand épuisement. Pansement : compresses glacées; le lendemain pansement simple; exeat, le 26 juin.— La tumeur était constituée principalement par du tissu fibreux. Poids 1 1/2 livre. (Le même, *ibid.*, p. 41.)

Obs. CV. — Homme de 25 ans; opéré en 1871; début à 22 ans; goître parenchymateux du lobe droit; circonférence du cou 0,43. — Pas de troubles. — Extirpation partielle (?). 62 ligatures; hémorragie modérée; durée 3 heures. — Marche sans accidents. Guérison en un mois. — Antérieurement, ponction sans résultat. (Le même, *ibid.*, tabl. VII.)

Obs. CVI. — Homme de 48 ans; 13 novembre 1875. Début à 35 ans; goître parenchymateux et colloïde du lobe gauche, atteignant presque le volume d'une tête d'enfant, globuleux, lisse, mou, presque fluctuant, mobile; trachée et

larynx refoulés à droite; circonférence du cou 0,48.—Dyspnée.—Extirpation partielle; chloroforme. Incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche; ligature des thyroïdiennes gauches; ligature de l'isthme sur un cylindre-constricteur de Graefe et section; 72 ligatures, très peu d'hémorragie, pansement simple.—Dysphagie; fièvre modérée, enrouement; à partir du 24, apyrexie. Exeat, le 15 décembre. —Traitement antérieur, iode, etc., sans résultat; ponction exploratrice ayant donné un peu de sang. La tumeur était constituée par du tissu thyroïdien et était en voie de dégénérescence colloïde avec infiltrations hémorragiques; paralysie de la corde vocale gauche. (Le même, *ibid.*, p. 50.)

Obs. CVII. — Femme de 26 ans; 5 février 1876; début à 15 ans; goître fibro-osseux avec fistule, comprenant le lobe droit, ayant le volume d'un gros œuf de poule; plonge derrière la clavicule droite; lobe gauche aussi augmenté de volume. Au fond de la fistule, on sent des masses calcaires (ou osseuses).—Douleurs et présence de la fistule.—Extirpation partielle. Chloroforme; brouillard; Lister. Incision de 0,08 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien, et une seconde partant de l'extrémité inférieure de la première. Énucléation laborieuse; ligature du pédicule (isthme); hémorragie très modérée; 30 ligatures doubles; Lister. Durée, deux heures. —Marche satisfaisante. Exeat, le 24 février, la plaie étant presque cicatrisée. — La fistule s'était formée après l'ouverture spontanée d'un abcès en 1874; elle se fermait et se rouvrait alternativement. La tumeur se composait de tissu glandulaire normal, de tissu fibreux et de tissu osseux. (Le même, *ibid.*, p. 52.)

Obs. CVIII. - Homme de 19 ans; 23 juin 1876; début à 7 ans; goître kysto-parenchymateux hémorragique du lobe droit

gros comme un poing; globuleux, ferme, fluctuation dans la profondeur et sur plusieurs points superficiels. Circonférence à la base 0,30; circonférence du cou 0,435; trachée et larynx déplacés à gauche. — Pas de troubles. — Extirpation partielle. Pas d'incidents; aucune union des tumeurs extirpées avec le reste du corps thyroïde; 40 à 50 ligatures doubles; Lister. Durée 3/4 d'heure. — Légère dysphagie; peu de réaction générale et locale; exeat, le 3 juillet, presque guéri. — Traitement antérieur, ponctions et injections iodées, sans résultat. Le goître était formé par une tumeur principale, à parois très épaisses, formées de tissu thyroïdien normal en partie ossifié, renfermant une cavité remplie de sang épaissi et de trois petites tumeurs solides ou kystiques. (Le même, *ibid.*, p. 57.)

Obs. CIX. — Homme de 26 ans; 11 août 1876; début à 10 ans; goître parenchymateux du lobe droit, du volume d'une tête d'enfant, globuleux, ferme, bosselé, mobile; on voit battre la thyroïdienne supérieure droite; lobe gauche légèrement tuméfié; larynx refoulé à gauche; circonférence de la tumeur 0,22, proéminence 0,13; diamètre transversal 0,10; circonférence du cou 0,52. — Pas de troubles. — Extirpation partielle. Incision de 0,15; ligature des thyroïdiennes droites; la tumeur plonge derrière le sternum, est intimement unie à la trachée et au larynx; séparation laborieuse; ligature de l'isthme avec du catgut, section; hémorragie modérée. Durée 2 1/2 heures. — Hémorragie secondaire profuse (1/2 à 3/4 de litre) au bout de trois heures; elle vient d'une branche de la thyroïdienne inférieure comprise dans une ligature en masse et coupée très près de son origine (la ligature avait glissé). On pratique la ligature de la thyroïdienne. Fièvre intense; le lendemain, dysp-

née croissante; matité à la base du poumon droit. Le 15, le pus est mêlé de bulles d'air, il suit les mouvements respiratoires en se collectant derrière le sternum. Mort du 17 au 18 août. — Autopsie: méningite purulente, pleurésie purulente à droite, péricardite récente. (Le même, *ibid.*, p. 59.)

Obs. CX. — Garçon de 12 ans, opéré en 1876. — Début à 10 ans. Goître kysto-parenchymateux du lobe moyen, de la grosseur d'une noix, rénitent; lobes latéraux augmentés de volume. — Dyspnée. — Extirpation partielle; énucléation facile du lobe moyen. — Pas de fièvre. — Guérison en 3 semaines. — L'hypertrophie des lobes latéraux disparaît par l'emploi de sonctions à l'iodure de potassium. (Le même, *ibid.*, tabl. VIII.)

Obs. CXI. — Femme de 30 ans; 5 juin 1877; début à 25 ans. Goître rétro-œsophagien du volume d'un œuf d'oie, situé à la paroi postérieure gauche du pharynx; mou, élastique, presque fluctuant, très peu mobile; cartilage aryténoïde gauche refoulé en avant; entrée du larynx rétrécie.— Douleurs dans la tête et l'oreille gauche, accès intenses de suffocation. — Extirpation partielle. Incision au bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien, tumeur enclavée entre le pharynx, l'œsophage et la colonne vertébrale; incision de la capsule fibreuse, énucléation. Ligature de quelques petits vaisseaux. — Guérison sans accidents. — Le 26 mai, on avait dû pratiquer la trachéotomie pour asphyxie imminente; la patiente avait dû continuer à porter la canule à cause du déplacement du larynx. La tumeur était formée par du tissu colloïde avec foyers hémorragiques et quelques kystes. (Czerny de *Heidelberg*. — *Braun* et *Czerny*.)

Obs. CXII. — Opération faite en 1869. Goître kysto-

parenchymateux (?) — Guérison. (DUMREICHER, *Vienne*. — *Hofmokl a.*)

OBS. CXIII. — Opération faite en 1869. — Goître kysto-parenchymateux (?), provenant d'une glande thyroïdienne accessoire. — Forte compression de la trachée et du larynx. — Pneumonie double. — Mort. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXIV. — Hémorragie peu considérable. Après l'opération, le larynx et la trachée sont à nu. — Guérison. — Langenbeck, qui rapporte ce fait, doute qu'il s'agisse ici de la glande thyroïde, sans dire sur quoi il base ce doute. (EICHENBERG, *Suisse* — *Langenbeck*, p. 304, note.)

OBS. CXV. — Femme de 21 ans, opérée le 2 juin 1847. — Goître parenchymateux (colloïde) du lobe droit, du volume d'un œuf, ferme, arrondi, mobile. — Extirpation partielle. Hémorragie peu considérable, énucléation facile. — Dysphagie, pendant quelques jours fièvre assez forte. — Guérison le 28 juin. (EMMERT de *Berne*. — *Brière*, p. 40.)

OBS. CXVI. — Garçon de 11 ans, opéré le 5 juin 1847. Début à 10 ans. Goître parenchymateux du côté droit, du volume d'une grosse noix, ferme, mobile. — Extirpation partielle. Hémorragie assez considérable, beaucoup de ligatures. — Fièvre modérée, dysphagie. — Guérison complète le 8 juillet. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXVII. — Homme de 22 ans, opéré le 10 octobre 1859. — Goître parenchymateux (colloïde) du côté droit, ferme, très mobile. — Extirpation partielle. Ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure, hémorragie peu considérable. — Fièvre intense, forte dyspnée, délire, pleurésie. — Mort le 19 octobre. — Autopsie : phlébite de la jugulaire interne, hypérémie et œdème du cerveau, fort épanchement pleurétique à droite. (LE MÊME, *ibid.*)

Obs. CXVIII. — Fille de 18 ans, opérée vers 1834. — Goître colloïde, du volume d'un œuf de poule, ovale, rénitent, lisse, à gauche du cartilage thyroïde. — Extirpation partielle. Beaucoup de vaisseaux dans les brides unissant la tumeur au lobe gauche, lequel n'est pas hypertrophié ; 37 ligatures. — Guérison. — La tumeur était formée par une thyroïde accessoire. On avait porté le diagnostic de : Loupe. (Francke de *Leipzig*. — *Gunther*, p. 378.)

Obs. CXIX. — Fille de 18 ans, opérée vers 1694. — Tumeur ayant presque le volume d'un œuf d'oie, très mobile, située à droite. — Extirpation partielle. Ligature d'un vaisseau profond, on croit que c'est l'artère thyroïdienne droite; hémorragie assez forte. — Guérison. — Langenbeck doute que la tumeur extirpée fût un goître, à cause de sa grande mobilité. Cette appréciation ne me paraît pas suffisamment justifiée. (Freytag père, de *Zurich*. — *Gunther*, p. 371, et *Langenbeck*, p. 304, note.)

Obs. CXX. — Femme de 41 ans, opérée en 1876. Début à 33 ans. Goître parenchymateux, du volume d'un poing et demi, consistance pâteuse, mobile. — Forte dyspnée. — Hémorragie épouvantable, plus de 20 ligatures doubles, profonde anémie. — La patiente reprend rapidement des forces. — Guérison en quatre semaines. (Gaertner, de *Stuttgart*. — *Süskind*, tabl. VI.)

Obs. CXXI. — Garçon de 15 ans. — Incision médiane. — Hémorragie secondaire. — Guérison. (Goeschel; *Goeschel*.)

Obs. CXXII. — Femme de 22 ans; 19 janvier 1820. Début à 14 ans. Goître parenchymateux, occupant surtout le lobe droit, du volume d'une tête d'enfant, pulsatile, mobile. — Difformité, désir de la patiente. — Extirpation partielle. Deux incisions; excision d'un lambeau elliptique

de la peau. Forte hémorragie artérielle et veineuse. Ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure droites; adhérence de la tumeur avec le larynx, la trachée, l'œsophage, la carotide, la jugulaire interne et les nerfs. Le lobe droit seul est enlevé. Réunion de la plaie avec des bandelettes d'emplâtre. Durée : une demi-heure. — Fièvre intense, suppuration abondante, toux, dysphagie, dyspnée. — Guérison.

Graefe avait d'abord fait la ligature de la thyroïdienne supérieure droite : violente céphalalgie, vives douleurs dans le cou, le goître, la plaie, le bras droit, etc.; sensation intolérable de froid, dans les mêmes régions, etc., pas de changement dans le goître. (Graefe, de *Berlin*. — *Hedenus fils*, p. 276.)

Obs. CXXIII. — La même patiente, opérée pour le reste de son goître, le 1er juin 1820, à sa demande. — Ablation de la moitié gauche du goître. Nombre total des ligatures dans les deux opérations : 53. — Suites comme ci-dessus. — Guérison. — Les traitements (externes) employés contre le reste du goître, après la première opération, étaient restés sans résultat. — Poids total de la tumeur : 2 1/2 livres. (Le même, *ibid.*, p. 283.)

Obs. CXXIV. — Pas de détails. — Guérison. (Le même, *ibid.*, p. 292.)

Obs. CXXV. — Pas de détails.— Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. CXXVI. — Homme de 24 ans; 3 février 1879; le goître existe depuis plus de sept ans; tumeur kysto-parenchymateuse du volume d'une tête d'enfant, à la face antérieure du cou, mobile, lisse, élastique, fluctuante, segment inférieur dur; veines superficielles dilatées; trachée et larynx déplacés à droite; corde vocale gauche paralysée; la

glotte se ferme incomplètement. — Dyspnée, aphonie, enrouement. — Extirpation totale. Incision médiane depuis l'os hyoïde jusqu'à la fourchette du sternum. Division des sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens qui sont amincis. Énucléation par la voie mousse; tous les vaisseaux sont saisis entre deux pinces hémostatiques et sectionnés; pédicule très vasculaire, large et court, lié en six portions. En soulevant la tumeur, le kyste se déchire : hémorragie veineuse, ligatures. Adhérences intimes avec la trachée, laquelle est comprimée d'avant en arrière. Drainage, irrigation phéniquée (5 %). Dix sutures d'argent. Environ 80 ligatures de catgut; patient très anémié. Durée, 5/4 d'heure. — Six heures après l'opération, hémorragie parenchymateuse abondante. Patient très faible. Marche ultérieure très satisfaisante, fièvre modérée. Drains enlevés le cinquième jour; sutures le neuvième; plus de fièvre. Guérison complète au bout de cinq semaines. — Deux ponctions faites quelques jours avant l'opération avaient donné respectivement 360 et 490 grammes de liquide brunâtre grumeleux. La tumeur était un goître kystique multiloculaire avec des restes de parenchyme. La cavité centrale contenait un demi-litre de liquide. La voix recouvra son timbre normal: au laryngoscope, pas de changement. (Gussenbauer, de *Prague*. — *Pietrzikowski*, p. 19)

Obs. CXXVII. — Jeune fille de 17 ans; 22 juillet 1879; goître existant depuis plus de neuf mois; fibro-parenchymateux, siége au lobe droit, du volume d'une pomme, ferme, résistant, circonscrit. — Pas de troubles. — Extirpation partielle. Incision le long du sterno-cléido-mastoïdien. Le pont de tissu qui unit la tumeur à l'isthme est divisé par portions saisies entre deux pinces hémostatiques. Énu-

cléation de la tumeur; huit sutures de soie.—Pas de réaction. Drain enlevé au bout de 24 heures; deux pansements; guérison par première intention en six jours. — Traité d'abord par la pommade à l'iodoforme et les injections iodées, sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 22.)

Obs. CXXVIII. — Femme de 49 ans; 12 février 1880; début à 21 ans. Goître kysto-parenchymateux de toute la glande, plus volumineux qu'une tête d'enfant, mobile, ovale, lisse, ferme; à droite rénitent, fluctuant. Dimensions : verticale 0,12; transversale 0,18; circonférence du cou, 0,39; celle de la base de la tumeur, 0,29; épaisseur de près de 0,14.—Respiration stertoreuse,voix nasillarde, inintelligible; accroissement rapide de la tumeur, douleurs irradiées, accès de suffocation. — Extirpation totale. Incision oblique depuis l'apophyse mastoïde gauche jusqu'à l'insertion du chef sternal du sterno-cléïdo-mastoïdien droit. Ligature double de tous les vaisseaux; une centaine de ligatures restent dans la plaie; drainage; 16 sutures de soie. Trachée aplatie d'avant en arrière et latéralement; anneaux cartilagineux ramollis. — Légère dysphagie pendant deux jours, un peu d'engouement; pas d'autre accident, pas de fièvre; guérison complète par première intention en quatre jours. Pommade, au lieu de Lister. Exeat, le seizième jour.— La voix s'améliore. La tumeur était un goître kysto-parenchymateux avec une cavité renfermant environ 400 grammes de liquide brun et des lambeaux de tissu glandulaire. (Le même, *ibid.*, p. 23.)

Obs. CXXIX. — Femme de 20 ans; 5 mars 1880; le goître existe depuis plus de 12 ans; la première tumeur aurait disparu et la tumeur actuelle ne daterait que de trois ans. C'est un goître fibro-kystique des lobes gauche et moyen

du volume du poing, ovale, mobile, lisse, rénitent, fluctuant : le lobe droit est également augmenté de volume. Dimensions : horizontalement 0,155; verticalement 0,085. Dyspnée. — Extirpation partielle. Incision oblique comme ci-dessus. Ablation des lobes gauche et moyen. Pas d'incidents. Excision de 0,05 des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens qui adhèrent à la tumeur; 60 ligatures restent dans la plaie; drainage; 12 sutures de soie.—Aucune réaction. Sutures enlevées le cinquième jour; réunion complète par première intention. Exeat, au bout de quinze jours.—La tumeur était formée d'un kyste contenant 300 gr. de liquide; la paroi intérieure était couverte d'excroissances constituées par des kystes à couleur colloïde; les parois épaissies en plusieurs points étaient composées de tissu parenchymateux et fibro-cartilagineux. (Le même, *ibid.*, p. 27.)

Obs. CXXX. — Homme de 23 ans; 8 juin 1880; le goître existe depuis environ cinq ans; à droite, tumeur du volume d'une petite orange, consistance ferme, élastique, circonscrite, arrondie, lisse, fluctuation peu nette; à gauche, tumeur grosse comme un œuf de poule, circonscrite, mobile, dure, bosselée. — Pas de troubles. — Extirpation totale; incision oblique, comme ci-dessus; beaucoup de vaisseaux, 120 ligatures.— Pas de réaction; réunion complète par première intention; sutures enlevées le quatrième jour; le même jour le patient se promène au jardin en fumant sa pipe. Sortie le huitième jour. — Le lobe droit était formé par une tumeur fibro-kysto-parenchymateuse, le lobe gauche par du tissu fibreux. (Le même, *ibid.*, p. 29.)

Obs. CXXXI. — Femme de 30 ans; 10 décembre 1880. Le début remonte à la première enfance. Goître médian,

plus développé à droite, plus gros qu'une pomme, lisse; mesure transversalement 0,13, verticalement 0,085; consistance dure, sauf en un point. — Pas de troubles. — Extirpation partielle, pas d'incidents; hémorrhagie modérée; durée 1/2 heure. — Légère réaction pendant deux jours; 4 pansements; réunion par première intention en 10 jours. — La tumeur était un goître kysto-parenchymateux avec des dépôts calcaires. (Le même, *ibid.*, p. 30.)

Obs. CXXXII. — Garçon de 10 ans, 20 juin 1881. Début à 6 ans. Goître kysto-parenchymateux (colloïde), gros comme un poing, siége à droite, lisse, mobile, rénitent, fluctuant, trachée refoulée à gauche. — Grande dysphagie, voix altérée. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision de 0,13 au bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien droit; section des vaisseaux entre deux ligatures. Hémorragie très modérée, 50 ligatures restant dans la plaie, division du parenchyme entre des pinces hémostatiques, décollement des nerfs récurrents. Pas de complications, réunion par première intention, sauf au point de drainage. Exeat, guéri le 9e jour; voix normale, plus de dyspnée ni de dysphagie. — Antérieurement pommade iodée, amélioration; le kyste ne change pas. Le goître était composé d'un kyste colloïde à parois épaisses, ayant le volume du poing; il y avait en outre une nodosité grosse comme une noix composée de tissu parenchymateux hyperplasié. (Le même, *ibid.*, p. 31.)

Obs. CXXXIII. — Jeune homme de 18 ans, 21 juillet 1881. Le début remonte à l'enfance. Goître fibro-kystique du lobe droit, plus gros qu'un poing, arrondi, mobile, ferme, élastique, pédiculé, fluctuation obscure. — Altération de la voix, léger catarrhe de la muqueuse de l'épiglotte. — Extirpation

partielle. Incision médiane. Pédicule large de trois travers de doigt allant jusqu'à l'isthme, lié en cinq portions; 60 ligatures. Pas de fièvre. Sortie le 31 juillet. Goître kysto-parenchymateux renfermant 400 grammes de liquide trouble. (Le même, *ibid.*, p. 33.)

Obs. CXXXIV. — Fille de 10 ans, 25 août 1881. Début à 4 ans. Goître médian s'étendant surtout à gauche, du volume d'une pomme, lisse, rénitent, fluctuant, mobile, bleuâtre. Diagnostic probable : goître vasculaire. — Pas de troubles. Difformité. — Extirpation totale. Incision le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche. Tumeur bleuâtre très vasculaire; isolement de la tumeur impossible à cause du grand nombre de veines très volumineuses, des prolongements de la tumeur vers la profondeur et de la friabilité des tissus. Énucléation de toute la glande, ligature de trois grosses veines tout contre la paroi de la jugulaire interne. Environ 80 ligatures dans la plaie. Hémorragie modérée. Durée 1 1/2 heure. — Réaction modérée pendant 2 jours à cause d'une rétention de liquide. Eczéma phéniqué, étendu, récidivant, qui retarde la guérison. Guérison. — Goître kysto-vasculaire avec phlébolithes. (Le même, *ibid.*, p. 34.)

Obs. CXXXV. — Femme de 41 ans, 23 janvier 1882. Début à 8 ans. Goître fibro-parenchymateux à la face antérieure du cou, plus gros qu'un poing, lobulé, mobile, très dur. — Altération de la voix, respiration striduleuse, douleurs et dysphagie intermittentes, accroissement rapide. — Extirpation totale. La trachée est entourée par un anneau de deux travers de doigt de tissu goîtreux, section. Trachée dénudée sur une étendue de 0,14, comprimée et rétrécie d'avant en arrière. Environ 80 ligatures, presque pas d'hé-

morragie. Durée 3/4 d'heure. — Pas de réaction. Légère dysphagie pendant quatre jours; symptômes de parésie des cordes vocales, disparaissant au bout de 15 jours; 2 pansements, réunion par première intention. — Goître fibro-parenchymateux formé par quatre tumeurs à l'état de dégénérescence colloïde partielle, avec formation de kystes et calcification. (Le même, *ibid.*, p. 37.)

Dans toutes ces opérations Gussenbauer a employé la méthode de Lister de la façon la plus rigoureuse. Les ligatures ont été faites avec du catgut, les sutures avec du fil de soie, sauf dans le premier cas; le spray a été fait avec une solution aqueuse d'acide phénique à 5 %, laquelle a aussi été employée pour le lavage de la plaie après l'opération. Le drainage a été employé dans tous les cas. Le pansement (Lister typique) a été recouvert de bandes de mousseline apprêtée, embrassant le thorax, le cou et la tête.

Obs. CXXXVI. — Homme de 21 ans; 8 octobre 1800. Goître existant depuis l'enfance, ayant atteint le volume d'une boule de jeu de quilles, siége à la face antérieure du cou. Circonférence de la tumeur à la base : 14 pouces; diamètre transversal, 7 pouces; ferme, rénitente, pulsatile, très mobile; veines superficielles très dilatées. — Troubles respiratoires, accès de suffocation, râles. — Extirpation totale. Incision verticale sur la ligne médiane. Section des artères thyroïdiennes entre deux ligatures, et ligature de 63 autres artères. Adhérences avec la trachée, le larynx et les gros vaisseaux. Excision des muscles sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens à leurs insertions supérieures et inférieures. Ligature du pédicule en deux portions et 3e ligature en masse; ablation de la tumeur; bandelettes agglutinatives. Durée 1 1/2 heure. — Dysphagie, douleurs dans la moitié

droite de la tête, parésie du bras droit, toux, enrouement. Le lendemain, hémorragie secondaire; réaction locale et générale, délire, symptômes graves, fusées purulentes. Le 9e jour, forte hémorragie venant du pédicule. Le 17e jour, toux violente, nouvelle hémorragie de plus de deux livres, prostration. Exeat, guéri le 24 novembre.—Malgré l'excision des muscles s'insérant au sternum, pas de gêne de la respiration ni de la déglutition après la guérison. La tumeur renfermait beaucoup de cavités contenant une matière gélatineuse, ainsi que des masses cartilagineuses et osseuses. (Hedenus, père, de *Dresde*. — *Hedenus, père*, p. 237.)

Obs. CXXXVII. — Extirpation totale. Symptômes semblables à ceux décrits ci-dessus. Guérison. (Le même, *ibid.*, p. 236.)

Obs. CXXXVIII. — Extirpation totale. Un prolongement du goître s'étend jusqu'à l'apophyse transverse de la 6e vertèbre cervicale. Excision des muscles s'insérant au sternum, comme ci-dessus. Marche consécutive comme dans les deux premiers cas. — Guérison. — Après la guérison, gêne de la déglutition et de la respiration, due à l'ablation des muscles sternaux (v. plus haut). La tumeur contient des concrétions calcaires. (Le même, *ibid.*)

Obs. CXXXIX.—Extirpation totale. Excision des muscles sternaux. — Guérison. — Même observation que ci-dessus touchant l'état du patient après la guérison. Concrétions calcaires. (Le même, *ibid.*)

Obs. CXL. — Extirpation totale. Excision des muscles s'insérant au sternum. Même observation quant à la marche après l'opération. — Guérison. — Pour les phénomènes, après la guérison, etc. (voir obs. CXXXVIII.) (Le même, *ibid.*)

Obs. CXLI. — Femme. — Extirpation totale. Excision

des muscles s'insérant au sternum. — Marche consécutive comme ci-dessus. Le 5e jour, ouverture d'un abcès. — Guérison le 15e jour. — Même observation quant aux phénomènes survenant après la guérison, etc. (Le même, *ibid.*)

Hedenus dit que tous ces patients auraient succombé, s'ils n'avaient pas été opérés.

Obs. CXLII. — Femme de 45 ans ; goître existant depuis environ trois ans ; tumeur solide du lobe droit, du volume d'un œuf de poule, adhère à la trachée qui est un peu refoulée à gauche ; bruit au cœur. — Dyspnée, spasmes cloniques du sterno-cléïdo-mastoïdien et du trapèze droits. — Extirpation partielle. Incision le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien ; beaucoup de veines ; ligature double et par petites portions des adhérences de la capsule avec le voisinage ; presque pas d'hémorragie ; lavage de la plaie avec une solution de chlorure de zinc, qui sert aussi pour le pansement. — Pas d'accidents, fièvre modérée pendant quelques jours ; sortie au bout de trois semaines, avec une petite plaie bourgeonnante. — Aussitôt après l'opération, les spasmes avaient disparu ; la respiration était beaucoup plus libre ; le bruit au cœur persistait ; la tumeur était un goître gélatineux. (Heineke, d'*Erlangen*. — *Koch*, v. plus loin à la fin de ce travail.)

Obs. CXLIII. — Fille de 17 ans ; 28 septembre 1881 ; début à 12 ans ; goître colloïde du lobe gauche, ayant le volume d'une orange, mobile. — Légère dysphagie. — Extirpation partielle. Incision le long du bord du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche ; ligature double des vaisseaux et section, peu d'hémorragie ; union intime avec les voies respiratoires, section avec le bistouri ; ligatures de catgut et de soie ; irrigation avec une solution d'acide phénique

(5 p. c.); iodoforme, dix sutures de catgut; drainage; ligatures amenées au dehors, gaze iodoformée, ouate, appareil avec des attelles et des bandes de gaze apprêtée. Durée : une heure. — Pas de réaction, réunion par première intention, sauf au point de drainage; cicatrisation terminée au bout de quatre semaines. — Antérieurement, badigeonnage à l'iode sans succès. (HOFMOKL, de *Vienne.* — *Hofmokl.*)

OBS. CXLIV. — Femme de 43 ans, opérée en 1873. Goître existant depuis l'enfance, kysto-parenchymateux, avec des concrétions calcaires, siégeant dans la fossette jugulaire, plus à droite qu'à gauche, arrondi, bosselé, en partie rénitente, en partie ferme, de consistance osseuse, mobile; mesure transversalement 0,07. — Dyspnée et dysphagie intenses, surtout après des efforts. — Extirpation partielle; énucléation facile, presque pas d'hémorragie, lavage de la plaie avec le liniment de Lister; pansement : charpie imbibée d'huile phéniquée. — La température n'a jamais dépassé 38,2. — Guérison en six semaines. — Le traitement à l'iode (intus et extra) avait réduit le volume de la tumeur de celui d'une citrouille à celui d'une pomme. La dysphagie et la dyspnée avaient augmenté en même temps, de même que la transformation calcaire. (HOPMANN, de *Cologne.* — *Hopmann.*)

OBS. CXLV. — Femme de 66 ans; 14 mars 1881; début à 38 ans; goître kysto-parenchymateux des deux lobes, mobile, élastique, fluctuant, parois épaisses, avec des noyaux cartilagineux, pulsations sous la peau; plonge derrière la fourchette du sternum. Circonférence à la base, 0,43; hauteur, 0,23; transversalement, 0,29. — Pas de troubles. — Extirpation totale, chloroforme. Incision médiane, tumeur adhérente à la jugulaire interne, à la trachée, au

larynx; peu d'hémorragie, grand nombre de ligatures artérielles et veineuses; sutures de catgut, drain en os décalcifié. Lister. — Le 19, réunion complète, sauf au point de drainage. Le 28, ouverture d'un abcès contenant environ 25 onces de pus. — Guérison. — La tumeur du lobe gauche pesait 1200 grammes; elle consistait en kystes renfermant de la matière colloïde et des parties cartilagineuses et calcaires. Le lobe droit pesait 30 grammes; il se composait de parenchyme normal. (JULLIARD, de *Genève*. — *Wise*.)

OBS. CXLVI. — Femme de 19 ans; 4 mars 1881; début à 11 ans; goître kysto-parenchymateux du volume du poing, plus à gauche qu'à droite, mobile, élastique, fluctuant; longueur, 0,12; largeur, 0,15. — Extirpation totale. Chloroforme; brouillard; adhérences solides avec la trachée, beaucoup de ligatures veineuses; fréquents accès de toux et de dypsnée dus à l'irritation de la trachée. Grande faiblesse; sutures de catgut, drain en os décalcifié. Lister. — Le 10, réunion par première intention, sauf le trajet du drain (ce dernier avait été absorbé), par où s'écoulait un peu de pus. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CXLVII. — Femme. — La carotide traversait la tumeur et fut coupée. La patiente succomba entre les mains du chirurgien. (KALTSCHMIDT, d'*Iena*. — *Theden*, p. 111, note.)

OBS. CXLVIII. — Fille de 18 ans, opérée en 1868. — Goître existant depuis l'enfance. Tumeur du lobe droit, du volume d'un œuf, mobile; le lobe gauche est représenté par une tumeur grosse comme un poing, plongeant derrière le sternum; la pression sur cette dernière détermine une forte dyspnée. — Dyspnée modérée, même pendant le

repos. — Extirpation totale; 22 ligatures; hémorragie de environ une once. — Fièvre pendant 3 semaines; guérison en 6 semaines. — Aussitôt après l'opération, dilatation de la pupille gauche qui persiste jusqu'à la sortie de l'hôpital. (KAPPELER. *Suisse.* — *Kappeler*, p. 101.)

OBS. CXLIX. — Femme de 30 ans, opérée en 1868; le goître existe depuis plusieurs années; tumeur du lobe droit du volume d'un œuf de poule. — Dyspnée modérée. — Extirpation partielle. Le 3e jour, violente hémorragie artérielle, vaisseau introuvable, perchlorure de fer. — Guérison rapide. — L'anémie persiste pendant longtemps. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CL. — Femme de 25 ans; opérée en 1868; début à 14 ans; goître du lobe droit, du volume d'une pomme, arrondi, lisse, ferme, placé sur la ligne médiane; la pyramide de Lalouette est transformée en deux tumeurs du volume d'une noix. — Dyspnée intense à chaque effort. — Extirpation totale. Forte hémorragie venant d'une petite artère; ligature en masse. — Fièvre pendant 5 semaines; guérison en 6 semaines. — Dilatation de la pupille pendant 15 jours après l'opération. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLI. — Femme de 22 ans, opérée en 1870; goître parenchymateux, médian, mobile, du volume d'une noix. — Dyspnée modérée après des efforts. — Extirpation partielle. Rien à noter. — Suppuration modérée. — Guérison au bout de 11 jours. (LE MÊME, *ibid.*)

OBS. CLII. — Femme de 42 ans; opérée en 1870. — Tumeur arrondie, rénitente, non fluctuante, lisse, profondément située, du volume d'un œuf. — Douleurs dans la tumeur. — Extirpation partielle; ligature en masse du pédicule, ablation de la tumeur. — A l'époque de la sortie de

l'hôpital, la ligature se trouve encore au fond d'une petite fistule; elle est extraite, 15 jours après, par un autre médecin. — Guérison en 6 semaines. — Lors de l'opération on constata que le goître était formé par un kyste à parois très épaisses, rempli de sang noir, avec de sconcrétions calcaires. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLIII. — Indication vitale : suffocation imminente. — 11 ligatures d'artères. — Guérison. (Kergel. — *Saxe.* — *Bernstein.*)

Obs. CLIV. — Garçon de 15 ans; opéré en 1815. — Le goître existe depuis la naissance. — Goître parenchymateux s'étendant depuis l'apophyse mastoïde gauche et le maxillaire inférieur jusqu'à la 3e côte; il est recouvert de veines grosses comme le doigt. Diamètre transversal à la base, 6 pouces; au sommet, 5; mesure transversale, 16 pouces; mesure verticale, 11 1/2; très bosselée, pulsations en plusieurs endroits.— Indication : poids énorme. — Extirpation totale; incision elliptique comprenant un lambeau cutané ovalaire; forte hémorragie artérielle et veineuse, compression digitale, perte de sang environ 1/2 livre. Carotide, larynx et trachée mis à nu. Durée, *une minute et demie* (sic). — Mort à la fin de l'opération. — Le patient était sourd-muet, un peu idiot, tête volumineuse. Klein attribua la mort à la frayeur (choc); Günther, à l'entrée de l'air dans les veines. A l'autopsie, on trouva de l'hydrocéphalie avec hypérémie très prononcée du cerveau et des méninges. Poids de la tumeur, 3 livres. (Klein, de *Stuttgart.* — *Klein.*)

Obs. CLV. — Jeune homme; opéré en 1818. Goître médian, de la grosseur d'une pomme, arrondi, dur, adhère à la trachée. Diagnostic : Loupe. — Extirpation totale. Inci-

sion médiane. La tumeur envoie à gauche un prolongement derrière la trachée ; on sent battre les deux carotides. Le patient devient tout à coup muet. Ligature en masse et ablation de la tumeur. Peu d'hémorragie ; trois (sic) ligatures. — Aphonie pendant 3 semaines ; forte dysphagie disparaissant peu à peu ; chute de la ligature le 8e jour ; le reste de la tumeur est détruit peu à peu avec du beurre d'antimoine. — Guérison après 6 semaines. — Après la guérison la voix prit un timbre de basse. Klein croit avoir coupé les deux nerfs récurrents. (Le même, *ibid.*, p. 130.)

Obs. CLVI. — Homme de 22 ans. Début à 14 ans ; tumeur très mobile, se déplace facilement jusque derrière la clavicule droite, plonge profondément dans la cavité thoracique ; quand on la déprime, le patient éprouve une sensation intolérable dans la tête. — Extirpation partielle ; incision de 4 pouces le long du sterno-cleïdo-mastoïdien droit ; section des sterno-hyoïdien, sterno-thyroïdien, sterno-cleïdo-mastoïdien et omo-hyoïdien droits. Pendant l'opération, phénomènes nerveux dus au tiraillement des nerfs pneumogastrique et phrénique droits ; section de la thyroïdienne supérieure ; hémorragie violente, due à la lésion de la thyroïdienne inférieure, au fond d'un entonnoir profond, derrière la clavicule ; tamponnement avec une éponge : six aides compriment tour à tour. — Fièvre intense, toux, forte dyspnée, orthopnée ; le 9e jour on enlève l'éponge. — guérison au bout de 3 semaines. (Le même, *ibid.*, p. 133.)

Obs. CLVII. — Homme de 36 ans ; 30 mai 1872 ; le goître existe depuis la naissance ; goître kysto-parenchymateux du lobe droit, du volume d'un gros poing, globuleux, mobile, avec des concrétions calcaires. — Indication : volume de la tumeur. — Extirpation partielle. Ligature du pédicule

en quatre portions. Hémorragie considérable. Pansement: la plaie est remplie de bourdonnets de charpie trempés dans une solution aqueuse d'acide phénique. — Le lendemain, vomissements violents, fièvre intense, infiltration séro-sanguine du tissu conjonctif du cou; le surlendemain coloration cuivrée et œdème jusqu'à l'épaule; phlegmon septique, gangrène s'étendant jusqu'à la face; septicémie. — Mort du 3 au 4 juin. — Autopsie : thrombus purulent de la jugulaire interne, pas de métastases ni d'épanchements. (Kocher, de *Berne*. — *Kocher a*), t. IV, p. 429.)

Obs. CLVIII. — Femme de 40 ans; 9 juillet 1873. Début à 15 ans; goître kysto-parenchymateux colossal descendant jusqu'à l'épigastre. Pourtour de la tumeur, 0,60; du pédicule 0,48; longueur dans le sens vertical 0,43; globuleux, rénitent, fluctuant. Veines sous-cutanées volumineuses; artères thyroïdiennes supérieures perceptibles à la vue et au toucher; larynx et os hyoïde entraînés en bas et en avant; les doigts peuvent se rencontrer derrière ces organes. La colonne cervicale décrit une convexité en avant. — Pas de dysphagie ni de dyspnée; aphonie. Indication : Poids de la tumeur. — Extirpation partielle. Ablation de la plus grande partie de la tumeur; on laisse seulement une portion de la paroi postérieure du sac et quelques petites nodosités en arrière. Pansement à l'ouate hydrophyle. Collapsus de courte durée. Fièvre modérée; gonflement considérable de la plaie, badigeonnages à la teinture d'iode. Se lève au bout de trois semaines. Guérison.— La voix reste éteinte. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLIX. — Femme de 23 ans; 23 juillet 1873. Début à 11 ans; goître kysto-parenchymateux du lobe droit plongeant derrière la clavicule, du volume d'un poing d'enfant,

globuleux, ferme, assez mobile. — Dyspnée ; incapacité de travail. — Extirpation partielle. Incision le long de la partie inférieure du sterno-cléïdo-mastoïdien droit ; énucléation facile jusqu'à la trachée ; adhérences étendues nécessitant 20 ligatures ; ligature et section de l'isthme. Lister ; bourdonnets entre les lèvres de la plaie. Pas d'accidents ; exeat, guérie en moins de quatre semaines. — Antérieurement, traitement iodé, injections, etc., sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 430.)

Obs. CLX. — Homme de 50 ans ; 28 juillet 1873 ; début à 20 ans ; goître kysto-parenchymateux volumineux occupant toute la face antérieure du cou, fluctuant, dur en plusieurs points ; sensible à la pression, rougeur ; circonférence du cou 0,60. Diagnostic : goître kystique enflammé.—Dyspnée, douleurs locales et irradiées, gonflement. — Extirpation partielle. Incision médiane ; ouverture du kyste, écoulement d'un liquide fétide de couleur chocolat, épais. Beaucoup de ligatures artérielles et veineuses ; adhérences étendues intimes avec la trachée ; écraseur ; dyspnée croissante ; ablation de la tumeur au devant de la chaîne. Pansement comme ci-dessus. — Apyrexie à partir du 7e jour. Exeat, guéri le 15 septembre. — Plus de dyspnée. La tumeur était un kyste à parois très épaisses avec concrétions calcaires en plaques et des restes de tissu thyroïdien à la surface interne. Il y avait en outre des kystes dans l'épaisseur des parois. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXI. — Femme de 25 ans ; 2 octobre 1873. A la face antérieure du cou, goître kysto-parenchymateux, gros comme une tête d'enfant, 0,34 à la base ; globuleux, fluctuant, dur en quelques endroits, peu mobile. Abcès sous-cutané, perforation de la peau ; il s'écoule par là une ma-

tière brunâtre épaisse. Diagnostic, goître kystique enflammé. — Indication : Inflammation de la tumeur. — Extirpation partielle. Incision longitudinale, énucléation difficile, beaucoup de ligatures. Pansement comme ci-dessus.—Abcès circonscrit. Sortie le 27 novembre. Les parois épaissies sont le siége d'une inflammation à forme hémorragique. (Le même, *ibid.*, p. 431.)

Obs. CLXII. — Jeune homme de 17 ans; 28 novembre 1873. Début à 15 ans; goître kysto-parenchymateux du côté droit, à peine visible, plonge derrière la clavicule, du volume d'un petit œuf de poule, arrondi, mobile, rénitent. Trachée refoulée à gauche et comprimée. — Dyspnée considérable. — Extirpation partielle. Incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien; section longitudinale des sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens; beaucoup de ligatures. Même pansement.— Pas de fièvre; exeat, le 24 décembre. — Kyste à contenu vert-grisâtre. (Le même, *ibid.*, p. 432.)

Obs. CLXIII. — Jeune homme de 17 ans; 19 février 1874. Début à 9 ans. Goître profond à gauche, caché derrière la clavicule et la première côte, mobile, globuleux, rénitent, fluctuant, bosselé.—Dyspnée, trachéosténose.—Extirpation partielle. Incision à gauche de la ligne médiane; beaucoup de veines, une trentaine de ligatures; ligature double de l'isthme et section. Même pansement. —Quitte le lit au bout de trois semaines. Guérison. — Kyste à contenu noir-verdâtre et dépôts brunâtres, parois épaisses avec beaucoup de noyaux solides et des foyers hémorragiques. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXIV. — Jeune fille de 16 ans; 17 décembre 1873. Début il y a quelques années. Goître parenchymateux du lobe droit du volume d'un œuf de poule, arrondi, pseudo-

fluctuation, plonge dans la cavité thoracique, mobile; lobe gauche également hypertrophié. — Dyspnée. — Extirpation totale. Incision médiane. Au cours de l'opération, on trouve une troisième tumeur grosse comme une noix, complètement cachée derrière le sternum et unie au lobe droit; le lobe gauche adhère solidement à la trachée. Une quarantaine de ligatures. On sent le tronc brachio-céphalique artériel avec le doigt. Même pansement. Durée, deux heures et un quart. — Fièvre violente éphémère, dysphagie. Exeat, le 15 janvier. — Des injections de teinture d'iode faites antérieurement avaient augmenté la dyspnée. La tumeur était un goître folliculaire, avec de nombreux foyers hémorragiques; la tumeur rétrosternale était un kyste à contenu liquide vert-noirâtre. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXV. — Fille de 11 ans, 8 janvier 1874. Début à 10 ans. Goître folliculaire mou, avec de nombreuses nodosités arrondies ou ovales de grosseur variable dans les deux lobes. — Pas de dyspnée, accroissement rapide. — Extirpation totale. Section des sterno-thyroïdiens. Adhérences fibreuses et vasculaires étendues avec la trachée, liées en 8 faisceaux et sectionnées. Peu d'hémorragie. Trachée dénudée dans une grande étendue. Même pansement. — Marche normale. Exeat, le 12 février. — Le goître avait résisté à divers traitements. Presque toutes les nodosités contenaient des hémorragies et des foyers de ramollissement avec ou sans cavité centrale. Au bout de quelques semaines, la patiente, jusque-là gaie et contente, devint maussade, paresseuse. (Le même, *ibid.*, p. 433.)

Obs. CLXVI. — Femme de 24 ans, 15 juillet 1878. Goître existant depuis un grand nombre d'années. Goître parenchymateux, rétro-œsophagien. A gauche, tumeur du volume

d'un œuf de poule, dure, bosselée, isthme épaissi; le lobe droit, un peu augmenté de volume, donne naissance à un prolongement de la grosseur d'un doigt, parallèle à l'œsophage; à la paroi postérieure droite du pharynx, une tumeur aplatie, arrondie, mobile, ferme, du volume d'un gros œuf de poule, termine ce prolongement. — Dyspnée, dysphagie, toux, enrouement. — Extirpation partielle. Incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, tumeur refoulée au dehors par les doigts introduits dans la bouche, section des vaisseaux entre deux ligatures; l'artère thyroïdienne supérieure est très volumineuse, on la lie, ainsi que la veine. Incision de la capsule, énucléation, ligature du prolongement qui va au lobe droit. Lister. — Deux pansements. Exeat, le 29 juillet. La patiente a eu une thyroïdite aiguë au printemps précédent. (Kocher. — *Kocher b.*)

Obs. CLXVII. — Homme de 24 ans, opération faite en 1878 ou 1879. Début à 18 ans. Goître parenchymateux du lobe gauche, du volume d'un œuf de poule. — Extirpation partielle, énucléation facile, pas d'hémorragie. — Plusieurs hémorragies secondaires. Guérison. — Tumeur composée de tissu thyroïdien presque normal, avec quelques kystes. (Koenig, de *Gœttingue. — Riedel a.*)

Obs. CLXVIII. — Homme de 42-45 ans, 12 juillet 1874. Porte sa tumeur depuis un grand nombre d'années. Goître solide, énorme, assez mobile. — Dyspnée considérable. — Extirpation totale. Pas de chloroforme, ligatures doubles autour des brides, adhérences intimes avec la trachée; le segment antérieur de plusieurs anneaux cartilagineux est enlevé jusqu'à la muqueuse; plexus veineux très considérable; hémorragie modérée; carotide, jugulaire et pneumogastrique gauches enveloppés par la tumeur. Un prolonge-

ment plonge derrière le sternum, en le dégageant on comprime la trachée; 150-160 ligatures, ramenées au dehors; durée 3 1/2 heures. Pansement à l'huile phéniquée et à l'ouate.— Lavages à l'acide phénique (1 %). Toutes les ligatures sont éliminées du 11e au 15e jour. Exeat, au bout de 4 semaines, avec une petite plaie bourgeonnante. Guérison complète trois semaines après.—Poids de la tumeur 2 kilogrammes; elle contient des kystes et des masses cartilagineuses (enchondrome) (KRAUS, de *Schaessburg*, *Hongrie*.)

(Voir la relation complète de ce cas à la fin de ce mémoire.)

OBS. CLXIX. — Homme de 21 ans; octobre 1874; goître parenchymateux volumineux de toute la glande, très dur, presque pas mobile, peu proéminent, à base très large. — Dyspnée intense. — Extirpation partielle; pas de chloroforme; isolement de la jugulaire interne et de la carotide gauche, très laborieux; adhérences intimes avec la trachée et l'œsophage; opération terminée à la demande du patient après l'ablation du lobe gauche, qui était le plus volumineux. —Section de l'isthme; hémorragie parenchymateuse modérée; 10-12 ligatures; même pansement.— Même traitement. Mort subite le lendemain à 6 heures du matin. Le patient se sentit beaucoup soulagé après l'opération. Après la mort, on trouva la jugulaire interne complètement remplie par un caillot. L'autopsie ne put être faite. La tumeur était surtout constituée par du tissu fibreux très dense. (LE MÊME. — Même observation que ci-dessus.)

OBS. CLXX. — Homme de 18 ans; 18 mai 1875; début il y a six semaines; goître parenchymateux de toute la glande, ferme, pas mobile; les deux carotides refoulées endehors. — Respiration ralentie, très pénible, sifflante, dys-

phagie, aphonie, léger exophthalmus.— Extirpation totale. Chloroforme seulement au début, plus tard position assise, brouillard à l'acide salicylique. Incision médiane; ligature double des deux thyroïdiennes supérieures et inférieures; adhérences très fortes avec la trachée et l'œsophage; trachée fort rétrécie, parfois complètement fermée quand on soulève le lobe : alors accès de suffocation. Extirpation en deux portions; hémorragie modérée; drainage, pansement antiseptique. — Guérison par première intention; quitte le lit le 6e jour.—Tous les phénomènes se dissipèrent; 15 jours, après l'opération retour de la voix, mais toujours sub-paralysie de la corde vocale gauche pendant les premiers temps; finalement guérison. — Traitement antérieur : Injections parenchymateuses de teinture d'iode et d'ergot de seigle, sans résultat; la tumeur continuait à s'accroître. Poids de la tumeur : 375 grammes; composée de tissu presque normal. (Kuester, de *Berlin*. — *Brnberger*.)

Obs. CLXXI. — Homme. — Extirpation totale; ligature préliminaire double et section des deux thyroïdiennes supérieures; séparation de la tumeur de la trachée et des carotides; ligature en masse des adhérences inférieures, y compris les thyroïdiennes inférieures. On laisse la tumeur en place; presque pas d'hémorragie. Marche très satisfaisante. Le 13e jour, hémorragie foudroyante; section du pédicule pour lier les vaisseaux; mort immédiate. (Langenbeck, de *Gœttingue*. — *Langenbeck*, p. 303 et p. 306, note).

Obs. CLXXII. — Garçon de 12 ans; opéré en 1876. Début dans l'enfance. Goître parenchymateux émanant d'une glande thyroïde accessoire, du volume d'un œuf d'oie, situé au-dessus des cartilages cricoïde et thyroïde, indépendant du corps thyroïde. — Extirpation partielle, ligature

de beaucoup de grosses veines. Guérison en 19 jours. (LANGENBECK, de *Berlin*. — *Kroenlein*.)

OBS. CLXXIII. — Garçon de 14 ans; 1er juin 1865; début dans la première enfance. Goître émanant de l'isthme, dur, résistant, mobile, du volume d'un œuf de poule. — Dyspnée assez forte, dysphagie, accroissement; instances du patient. — Extirpation partielle; chloroforme; incision suivant la longueur de la tumeur; presque pas d'adhérences, 8-10 ligatures; ligature double du pédicule; plumasseau de charpie dans la plaie, suture de la partie supérieure de la plaie. (Pas de fièvre. Exeat, guéri le 13 juillet. (LUCKE, de *Berne*. — *Brière*.)

OBS. CLXXIV. — Homme de 44 ans; 27 octobre 1865; début il y a six mois. Dans la région sous-maxillaire gauche, tumeur du volume d'un œuf de poule, mobile, paraissant circonscrite, isolée; corps thyroïde un peu augmenté de volume et paraissant indépendant de la tumeur. Veines jugulaires antérieure et externe fort dilatées, carotide repoussée en dehors et en arrière; tumeur solide, élastique. Diagnostic : probablement sarcome d'une glande lymphatique. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision de 2 1/2 pouces sur la tumeur; isolement facile au moyen du doigt; déchirure d'une artère en arrière de la tumeur. On ne peut la lier qu'en saisissant en même temps le ventre postérieur du digastrique. Alors seulement on découvre que la tumeur émane de la thyroïde par un pédicule épais de deux doigts; ligature et section de ce dernier. Hémorragie assez abondante, surtout veineuse. Durée : une heure. Bandelettes de diachylon, glace. — Cou gonflé, douloureux, respiration anxieuse, toux. Le surlendemain, angoisses, forte dyspnée, cyanose; mort à 9 heures du matin. — Autopsie :

infiltration purulo-sanguinolente du tissu cellulaire du cou et des muscles. Carotide et gros vaisseaux atteints d'athéromasie; l'artère déchirée était la thyroïdienne supérieure. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXV. — Jeune homme de 17 ans; 16 octobre 1868; début dans l'enfance, goître du lobe droit, du volume du poing, mobile, dur, fluctuant en quelques points. Ponction exploratrice : rien.—Respiration striduleuse, dyspnée; doit rester assis la nuit pour ne pas étouffer. — Extirpation partielle. Énucléation laborieuse à cause du grand nombre de ligatures (12); ligature et section du pédicule. Durée, une heure et demie. Quelques sutures à la partie supérieure de la plaie. Pansement à l'acide phénique. — Respiration libre; marche rapide de la cicatrisation. Le 8 novembre, douleurs vagues et ouverture d'un petit abcès. Sortie le 16, complètement guéri. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXVI. — Femme de 29 ans; 4 mars 1869; début dans l'enfance. Goître parenchymateux, du volume d'une pomme, à la face antérieure du cou, arrondi, mobile, solide, pédiculé; à droite, seconde petite tumeur, un peu sensible. — Extirpation partielle. Isolement lent, à cause du grand nombre de ligatures; la petite tumeur est en rapport avec la grosse; ligature en masse du pédicule, elle glisse et l'on doit lier isolément chaque vaisseau; hémorragie pas trop considérable; carotide et larynx partiellement dénudés. Pansement à l'acide phénique. — Fièvre assez forte, violente dysphagie; le 7 mars, on enlève les sutures, plus de fièvre, ni de douleurs; les ligatures tombent le 16 mars; exeat, le 3 avril, complètement guérie. — Des injections iodées parenchymateuses, faites pendant 16 jours, étaient restées sans résultat. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXVII. — Femme de 23 ans; 25 mars 1869; début à 10 ans; goître émanant de la partie inférieure de l'isthme, de la grosseur d'un œuf de poule, très dur, mobile, pédiculé. — Dyspnée assez forte. — Extirpation partielle; chloroforme administré avec beaucoup de réserve; patiente très remuante; 12 ligatures, hémorragie assez forte; ligature et section du pédicule; durée, 2 heures; pansement à l'acide phénique. — Douleurs, extinction de voix; les ligatures tombent peu à peu, la voix revient lentement; le 10 avril, tube à drainage. Exeat, le 15 avril, complètement guérie, la voix encore un peu enrouée. — La patiente était un peu crétine. Le 1er mai 1867, ponction, écoulement de 6 onces de liquide brunâtre, injections iodées, le goître n'avait pas sensiblement diminué; le 10 juin suivant, incision du kyste, même quantité de liquide; cicatrisation le 28 septembre. Rentre le 20 mars 1869. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXVIII. — Homme de 22 ans; 7 août 1868; début dans l'enfance; tumeur siégeant dans la région sous-mentonnière, de la grosseur du poing, dure, mobile, soulève le plancher de la bouche et la base de la langue. Diagnostic : kyste dermoïde ou fibrome. — Gêne les mouvements de la tête, accroissement continu. — Extirpation partielle. Incision verticale, énucléation facile; le pédicule est fixé au cartilage de l'os hyoïde, ne contient pas de vaisseaux. Même pansement. — Pas de fièvre; sort guéri le 3 septembre. — La tumeur était un lobe séparé (accessoire) de la thyroïde; il contenait des granulations colloïdes. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXIX. — Fille de 11 ans; 11 août 1869. Tumeur du lobe droit, assez mobile, fluctuation vague. — Grande dyspnée. — Extirpation partielle. Énucléation facile; pas

d'hémorragie; une douzaine de ligatures; pas de pédicule distinct; carotide et côté droit de la trachée mis à nu. Même pansement. — Pas de fièvre; dysphagie; sort guérie le 6 septembre. — La tumeur se composait de plusieurs petits kystes, dont les parois étaient constituées par du tissu thyroïdien; ils contenaient une matière gélatineuse, brunâtre. — Le 5 juin : ponction, léger écoulement brunâtre; ensuite injections parenchymateuses; la tumeur était devenue plus dure, mais sans diminuer sensiblement de volume. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXX. — Femme de 26 ans; 23 mai 1869. Début dans l'enfance. Tumeur du lobe droit, du volume d'une grosse pomme, mobile, ronde, très dure, refoule la trachée à gauche. — Grande dyspnée, désir de la malade. — Extirpation partielle; énucléation facile, pas de pédicule; 4 ligatures. Même pansement. — Pas de douleur ni de fièvre. Sort guérie le 18 juin. — La tumeur avait subi la dégénérescence graisseuse. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXXI. — Femme de 36 ans; 24 juin 1870. Début dans l'enfance. A droite, une grosse tumeur, fluctuante en certains points; une autre, plus petite, dure, siège sur la ligne médiane et à gauche; toutes les deux sont un peu mobiles; elles sont reliées entre elles. — Grande gêne de la respiration; dort assise. — Extirpation partielle; énucléation facile; la petite tumeur adhère à la trachée; hémorragie peu abondante; une dizaine de ligatures. Même pansement, sutures à la partie supérieure. — Fièvre assez forte; violents accès de toux avec suffocation, s'exaspérant lors des injections dans la plaie; emphysème cutané à la partie antérieure du cou. On découvre une petite fistule trachéale; suppuration très abondante. Le

15 juillet, on constate une infiltration du sommet du poumon droit. Sort le 1er août, la plaie est complètement guérie, mais la toux persiste. — Brière croit que la fistule a été faite pendant l'opération, sans qu'on s'en aperçût. — La grosse tumeur était un kyste, à parois très épaisses, contenant un liquide épais, filant, brunâtre ; la petite était une tumeur parenchymateuse. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXXII. — Femme de 33 ans ; 20 décembre 1878 (?) ; début vers l'âge de 21 ans ; goître accessoire du volume d'un œuf de poule, dur, bosselé, cartilagineux, mobile, situé à droite ; le corps thyroïde n'est pas augmenté de volume ; jugulaire externe dilatée. Diagnostic : ganglion hypertrophié calcifié. — Douleurs lancinantes de temps en temps. — Extirpation partielle. Opération antiseptique ; énucléation laborieuse ; face postérieure de la tumeur couverte de petits kystes, à parois minces ; tumeur beaucoup plus volumineuse qu'on ne l'avait cru ; elle pénètre profondément ; pas d'union avec le corps thyroïde, lequel n'est pas mis à nu. On trouve deux autres tumeurs isolées, du volume d'une aveline, près de la clavicule, dont l'énucléation est facile. Plaie très profonde. — Trois pansements ; pas d'incidents ; guérison le 9 janvier. — La tumeur principale était un goître kystique, développé dans une thyroïde accessoire ; les deux petites tumeurs étaient formées de tissu thyroïdien normal. (Madelung, de *Boon.*—*Madelung*, p. 82.)

Obs. CLXXXIII. — Femme de 22 ans ; opérée en 1876 ; goître accessoire formant une tumeur grosse comme un œuf de poule. — Extirpation partielle. Grand nombre de ligatures. — Résultat non indiqué. — La tumeur avait été prise pour un lymphome ; elle est formée par des kystes et des parties solides. (Le même, *ibid.*, p. 71.)

Obs. CLXXXIV. — Femme de 34 ans; 5 février 1832 (?); début à 26 ans; goître parenchymateux volumineux à gauche; s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'au delà de l'extrémité acromiale de la clavicule; larynx un peu déplacé vers la droite. Tumeur assez mobile, lisse, molle, élastique, non fluctuante, veines volumineuses. — De temps à autre, accès de suffocation pendant la nuit. — Extirpation partielle. Incision ovalaire, depuis le maxillaire inférieur jusqu'à la partie supérieure du thorax. Grand nombre de veines volumineuses. Dénudation de la jugulaire interne, de la carotide, du larynx, de la trachée et de l'œsophage; section des sterno-cléïdo-mastoïdien, sterno-thyroïdien, sterno-hyoïdien et omo-hyoïdien. Prolongement de la tumeur entre la trachée et l'œsophage. Énucléation très difficile; à chaque tentative, accès de suffocation, toux, convulsion; syncope à deux reprises. Opération suspendue deux fois. Division des adhérences avec l'autre lobe. Hémorragie de 8 onces; 35 ligatures. Durée : 1 heure. — Dysphagie considérable, hoquet, douleurs au cou, toux, congestions vers la tête, céphalalgie, oppression, etc.; sort guérie le 18 mai. — La patiente était épileptique. Pendant toute la durée du traitement, pas un seul accès. (Mandt, de *Greifswalde*. — *Guenther*, p. 374.)

Obs. CLXXXV. — Jeune homme de 19 ans, 10 mai 1860. Goître induré du lobe droit du volume d'une pomme. — Douleurs lancinantes, difformité. — Extirpation partielle. Incision en ⅂, énucléation, 6 ligatures artérielles. — Le 3e jour, hémorragie violente, mortification partielle du lambeau. Guérison en 3 semaines. (Meeh, de *Brackenheim*. *Wurtemberg*. — *Meeh*.)

Obs. CLXXXVI. — Femme de 24 ans, 22 mai 1880. Goître

kysto-parenchymateux du lobe gauche, diamètre longitudinal 0,12, transversal 0,08, circonférence du cou 0,40. Limites : du trapèze gauche au sterno-cléïdo-mastoïdien droit et depuis le maxillaire inférieur jusqu'à un travers de doigt du sternum. Tumeur fluctuante, dure à la partie inférieure.—Dyspnée après des efforts, etc., et dans le décubitus dorsal ou latéral droit, dysphagie.— Extirpation partielle, chloroforme, Lister, pas de spray. Incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche, énucléation, 8 ligatures en masse et 4 isolées (catgut), presque pas d'hémorragie, sutures de catgut, drainage, Lister, attelles de bois pour fixer la tête.— Réaction assez forte. Le 25, intoxication phéniquée, eczéma violent, pansement ouaté. Le 28, forte hémorragie veineuse par l'angle inférieur attribuée à l'ulcération d'une veine par la pression du drain. Le reste de la plaie est guéri par première intention. A partir du 28, pansement à l'eau chlorée. Guérison fin juin.—Le 1er mai, ponction : 200 grammes d'un liquide colloïde de couleur chocolat, lavage avec une solution phéniquée; le kyste se remplit de nouveau : badigeonnages à l'iode, rien. Poids de la tumeur, 350 grammes; elle se composait d'un grand kyste et de trois tumeurs solides en partie calcifiées. (Moseig, de *Vienne*. — *Mosetig*, n° 35.)

Obs. CLXXXVII. — Femme de 41 ans, 21 juillet 1880. Début dans l'enfance. Goître kysto-parenchymateux bilobé, allant d'un trapèze à l'autre et du cartilage thyroïde au sternum, rénitent, élastique, bosselé. Pourtour du cou 0,40, diamètre longitudinal du lobe droit 0,10, du lobe gauche 0,08; diamètre transversal respectivement 0,08 et 0,07. — Dyspnée continue, dysphagie passagère, dort semi-assise, voix un peu rauque.— Extirpation totale. Chloroforme, Lis-

ter, pas de spray. Incision oblique de 0,14 allant de l'angle du maxillaire inférieur droit à l'insertion sternale du sterno-cléïdo-mastoïdien gauche, section des sterno-thyroïdien et sterno-hyoïdien droits, adhérences intimes entre la tumeur et la trachée. Ligature de l'isthme, ablation isolée du lobe droit, 8 ligatures en masse et 5 isolées (soie), très peu d'hémorragie. Enucléation du lobe gauche, mêmes adhérences, 6 ligatures en masse et 3 isolées. Trachée dénudée sur une étendue de 0,05. Ligatures en masse ramenées au dehors, 4 drains, sutures de catgut, Lister et attelles, durée 1 1/2 heure. — Agitation, dysphagie, collapsus. Mort subite 42 heures après l'opération. — Poids de la tumeur, 750 grammes; elle contient de nombreux kystes colloïdes; en outre, hyperplasie du tissu normal.—Autopsie : thrombose de l'artère basilaire et des deux artères sylviennes, ainsi que de l'une des branches de l'artère pulmonaire droite, coagulums dans le ventricule gauche. (Le même, *ibid.*)

Obs. CLXXXVIII. — Femme de 19 ans, 27 octobre 1880. Début à 14 ans. Goître kysto-parenchymateux bilatéral. Circonférence du cou 0,44, lobe droit — un poing, descend jusqu'à la deuxième côte; diamètre longitudinal 0,14, transversal 0,08; le lobe gauche a le volume d'un œuf d'autruche; diamètre longitudinal 0,10, transversal 0,045, ferme, élastique, pas fluctuant.—Dyspnée, toux, enrouement, sommeil pénible, interrompu, dysphagie. — Extirpation partielle, Lister, pas de brouillard. Chloroforme. Incision de 0,15 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, adhérences solides, surtout avec la trachée; 14 ligatures en masse, 5 isolées, très peu d'hémorragie. Narcose très difficile, mauvaise, vomissements fréquents, grande prostration. Opération interrompue après l'ablation du lobe droit. Drainage, 7 sutures

de catgut, Lister, fixation de la tête comme ci-dessus. Durée 1 heure. — Suites très bonnes, légère intoxication phéniquée et eczéma érythémateux ; pansement ouaté. Guérie le 10 novembre. Poids du lobe droit, 185 grammes ; tissu dur, quelques kystes, noyau calcifié. (Le même, n° 36.)

Obs. CLXXXIX. — Même patiente, 30 novembre 1880. Extirpation partielle (lobe gauche). Opération, narcose, etc., comme ci-dessus. La tumeur plonge dans la cavité thoracique; nerf récurrent enveloppé par la tumeur, on le sectionne. La plaie s'étend jusqu'à la colonne vertébrale, et dans le thorax jusqu'au sommet du poumon. Drainage, sutures de catgut, attelles, Lister. Durée, 1 1/2 heure.— Pneumonie croupale à droite le jour même. Eczéma dû au pansement; pansement à l'ouate; se lève vers la mi-décembre. Guérison après la Noël.—Poids, 250 grammes ; un morceau excisé du récurrent d'une longueur de 0,04 est enveloppé complètement par la tumeur. Consistance semblable à celle du lobe droit. Patient aphone. Parésie de la corde vocale gauche, la voix finit par revenir, mais reste enrouée ; en février le patient parle à haute voix. (Le même, *ibid.*)

L'auteur dit n'avoir trouvé aucun cas où l'extirpation ait été pratiquée en deux séances. (Voir le cas de Graefe, obs. CXXII et CXXIII).

Obs. CXC. — Femme de 31 ans ; 6 décembre 1877; goître kystique colloïde volumineux du lobe gauche ; larynx refoulé à droite, légère cyanose de la face. — Dyspnée intense. — Extirpation partielle. Chloroforme; Lister, brouillard. Incision médiane, section des brides fibreuses entre deux ligatures, catgut à l'acide chromique ; hémorragie peu considérable ; adhérences avec l'œsophage; sutures de soie, drainage. Lister. — Peu de fièvre, pas de réaction locale,

légère dysphagie; le 29, érysipèle du sein gauche pendant deux jours. — Guérison le 7 janvier 1878. — 3 mois auparavant, on avait fait la ponction et le drainage du kyste, sans résultat. (NUSSBAUM, de *Munich*. — *Wild*, p. 13.)

OBS. CXCI. — Femme de 22 ans; 27 juillet 1877; début à 12 ans; goître parenchymateux du lobe gauche, du volume d'une tête d'enfant, ferme, bosselé, veines dilatées.— Dyspnée, suffocations. — Extirpation partielle. Incision en volets (1); opération comme ci-dessus; ligature de catgut sur le pédicule; très peu d'hémorragie, sutures de catgut, même pansement. — Peu de réaction, légère dysphagie. Eczéma dû au pansement, réunion par première intention, sauf au point de drainage. Le 11 août, élimination d'un lambeau de tissu mortifié et de 2 ligatures de catgut. Guérison le 23 août. (LE MÊME, *ibid.*, p. 17.)

OBS. CXCII. — Femme de 22 ans; 27 juin 1877; début à 15 ans. Goître solide, du volume d'une tête d'enfant. — Dyspnée, dysphagie, vertiges. — Extirpation totale. Opération comme ci-dessus. Violente hémorragie venant d'une veine incisée longitudinalement et de quelques branches artérielles; trachée comprimée et aplatie latéralement. Même pansement.— Peu de réaction; eczéma; pommade à l'acide borique. Guérison le 23 juillet. (LE MÊME, *ibid.*, p. 18.)

OBS. CXCIII. — Femme de 23 ans; 10 novembre 1879; début à 15 ans, goître kysto-parenchymateux volumineux, sur la ligne médiane, dur, très peu mobile. — Forte dyspnée. — Extirpation partielle. Incision en H. Opération comme ci-dessus; une cinquantaine de ligatures. Même pansement. — Grande agitation, état septique de la plaie, pansement à l'acide borique; élimination d'un grand nombre de lambeaux de tissu mortifié. — Guérison le 8 dé-

cembre. — Auparavant, ponction et évacuation de beaucoup de liquide clair. Récidive. (Le même, *ibid.*, p. 20.)

Obs. CXCIV. — Femme de 26 ans; 4 novembre 1879; début à 15 ans; goître parenchymateux médian, du volume du poing, dur, mobile, arrondi. — Indications : motifs d'esthétique. — Extirpation partielle. Incision en H. Opération comme ci-dessus, facile; 20 ligatures, peu d'hémorragie. Même pansement. — Marche satisfaisante; réunion par première intention. — Guérie le 6 décembre. (Le même, *ibid.*, p. 21.)

Obs. CXCV. — Femme de 20 ans; 14 décembre 1879; goître parenchymateux du lobe droit, arrondi. — Dyspnée. — Extirpation partielle. Incision en T; très peu d'hémorragie; sutures de détente; même pansement. — Marche sans incident. — Guérison le 10 janvier 1880. — Antérieurement : iodure de potassium, sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 22.)

Obs. CXCVI. — Homme de 23 ans; 23 juillet 1879; début à 8 ans; goître kysto-parenchymateux volumineux du lobe droit, fluctuant en un point. — Dyspnée; motifs d'esthétique. — Extirpation partielle. Incision longitudinale. Opération comme ci-dessus, beaucoup de ligatures; même pansement. — Marche normale. Guérison le 12 août. — Auparavant, ponction : grande quantité de liquide sanguinolent; sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 23.)

Obs. CXCVII. — Homme de 22 ans; 3 décembre 1879; goître suffocant; tumeur solide, très dure de chaque côté, pas très proéminente, plongeant derrière les clavicules. — Accès de suffocation quotidiens. — Extirpation totale. Incision en volets (I). Opération comme ci-dessus; adhérences intimes avec la trachée; énucléation laborieuse, les 2 tumeurs plon-

geant profondément derrière les clavicules; ligature du pédicule trachéal en plusieurs portions. Cyanose, dyspnée. Même pansement. — Cyanose, dyspnée, râle trachéal, prostration, perte de connaissance. — Mort peu de temps après l'opération. — Autopsie : pneumo-thorax à gauche; les deux poumons fort comprimés; petite perforation de la plèvre, produite probablement pendant l'opération. (Le même, *ibid.*, p. 24.)

Obs. CXCVIII. — Femme de 34 ans; 19 février 1880; goître parenchymateux de toute la glande, surtout à droite, existe depuis plus de 15 ans. — Dysphagie, dyspnée, suffocations. — Extirpation totale, opération comme ci-dessus; peu d'hémorragie; même pansement, — Marche d'abord satisfaisante, puis état septique de la plaie, érysipèle à la poitrine, puis amélioration. Exeat, le 21 mars, avec une petite fistule. — La pommade à l'iodure de potassium était restée sans effet. (Le même, *ibid.*, p. 25.)

Obs. CXCIX. — Femme de 47 ans; opérée en janvier 1877; début à 42 ans; goître parenchymateux volumineux. — Dyspnée intense. — Extirpation totale (?). Opération comme ci-dessus, sans incident. — Forte hémorragie secondaire; état septique de la plaie. — Guérison au bout de 14 semaines. (Le même, *ibid.*, p. 26.)

Obs. CC. — Homme de 21 ans; mars 1877; goître volumineux entourant complètement la trachée. Les lobes latéraux ont le volume d'une tête d'enfant, le lobe médian celui d'un poing. — Dyspnée intense. — Extirpation totale. Opération comme ci-dessus. Environ 80 ligatures doubles; trachée et colonne vertébrale complètement disséquées. — Pas d'incidents. — Guérison en 7 semaines. (Le même, *ibid.*)

Obs. CCI. — Femme de 47 ans; août 1879; début à

17 ans; goître volumineux, patiente très faible. — Cyanose, dyspnée intense, syncopes. — Extirpation totale (?). Opération comme ci-dessus. Trachée dégénérée, mince comme du papier; trachéotomie; ligature de la carotide gauche. — La patiente ne se remet pas; collapsus. — Morte le lendemain. (Le même, *ibid.*, p. 27.)

Obs. CCII. — Femme de 28 ans; 29 novembre 1879. Goître volumineux, suppuré. — Dyspnée intense, suppuration septique considérable. — Extirpation totale (?). Beaucoup de clapiers. Opération comme ci-dessus. — La plaie reste septique pendant 3 semaines. Pendant 4 semaines, voix enrouée, puis état normal. — Guérison au bout de 9 semaines. — Auparavant, ponctions, injections iodées. (Le même, *ibid.*)

Obs. CCIII. — Pas de détails. Guérison. (Ohle, de *Dresde*. — *Hedenus*, *fils*, p. 291.)

Obs. CCIV. — Femme de 33 ans; 13 décembre 1879; goître existant depuis plusieurs années. Tumeur irrégulière, très dure en quelques points, molle, élastique en d'autres, du volume d'une pomme; située à la face antérieure du cou; larynx et trachée refoulés à droite. — Indications : accroissement de la tumeur, crainte de dangers futurs. — Extirpation totale. Anesthésie locale. Lister. Incision médiane de 0,12. Réseau artériel et veineux serré; plus de 80 ligatures de catgut; drainage, sutures, pansement compressif; Lister. Durée (y compris le pansement) : 2 1/2 heures. — Légère dysphagie; 3 pansements (y compris celui du premier jour), réunion parfaite le 6e jour. — Divers traitements médicaux sans résultat. (Reverdin, Auguste, de *Genève*. — *Reverdin*.)

Obs. CCV. — Homme de 62 ans; 5 mai 1880; début à

37 ans; goître kysto-parenchymateux énorme, ayant une circonférence de 0,60; s'étend depuis le maxillaire inférieur jusqu'au-devant de la partie supérieure du thorax; sphérique, mobile, fluctuant. — Peu de dyspnée, enrouement, légère toux; poids, volume de la tumeur considérables. — Extirpation totale; pas de chloroforme; Lister; Spray. Incision médiane de 0,25; plus tard, une seconde, de 0,12, perpendiculaire à la première du côté gauche. Rupture du kyste; plus d'un litre de liquide brun-verdâtre avec des corps blanchâtres (fibrine). Dissection du kyste. Résection des lambeaux exubérants de tissu conjonctif et aponévrotique; sutures, drainage; Lister. Durée 2 heures. — Pas d'incidents. Le 12, érythème général dû au pansement. Exeat, guéri le 13 mai. — Traitements médicaux sans résultat. La rétraction des vastes lambeaux de peau se fit bien. La membrane thyrohyoïdienne avait une hauteur de 0,05-0,06. (Le même. — *Boursier*, p. 187.)

Obs. CCVI. — Homme de 26 ans, 25 juillet 1877. Le goître existe depuis longtemps. Goître suffocant, calcifié, surtout à droite, surface égale, arrondie, pierreuse, fort peu mobile, plonge derrière la fourchette; gros comme un poing. — Dyspnée, dysphagie, asphyxie imminente. — Extirpation totale; Lister. Brouillard. Incision en L. Dissection de la partie inférieure de la tumeur, trachéotomie immédiate, un peu au-dessus du sternum; pénétration de sang dans la trachée. La tumeur a plusieurs prolongements : opération laborieuse. Section de la thyroïdienne inférieure droite, hémorragie abondante, beaucoup de ligatures. Trachée déviée, aplatie, tordue de droite à gauche. Drainage. Lister. Durée 3 heures. — Pneumonie lobulaire (due à l'introduction de sang dans la trachée); rougeur et emphysème autour de la plaie. Mort le

29. — Iodure de potassium intus et extra sans résultat. Impossible de pratiquer la trachéotomie avant l'opération, le goître recouvrant la trachée. La tumeur avait le volume du poing, la coque était calcifiée, le noyau fibreux; lobe gauche et isthme normaux. Autopsie : pneumonie; polype dans le larynx. (Reverdin, Jacques, de *Genève*. — *Ibid.*, p. 178.)

Obs. CCVII. — Femme de 19 ans; 4 mars 1881. Début à 11 ans. Goître kysto-parenchymateux de la face antérieure du cou, du volume du poing, mobile, élastique, fluctuant. Dimensions : 0,12 sur 0,15. — Extirpation totale. Chloroforme, brouillard; beaucoup de ligatures veineuses, fortes adhérences de la tumeur avec la trachée; toux, dyspnée, grande faiblesse. Drain en os décalcifié, sutures de catgut, pansement antiseptique. Durée 3/4 d'heure. — Réunion par première intention, sauf au point de drainage, par où s'écoule une petite quantité de pus fétide. Le 27 mars (dernières nouvelles), il y avait toujours un léger écoulement. (Le même (*). — *Wise.*)

Obs. CCVIII. — Femme de 21 ans; 16 décembre 1875; début à 12 ans; goître parenchymateux du volume d'une pomme, situé au-devant du larynx, sphérique, ferme; circonférence du cou 0,35. — Dyspnée modérée après des efforts; désir de la patiente. — Extirpation totale; chloroforme. Incision de 0,06 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, plus tard une seconde incision perpendiculaire; hémorragie peu considérable; 71 ligatures restant dans la plaie (ligature double de chaque vaisseau). Durée 3 heures. — Traitement à ciel ouvert. Réaction modérée; les dernières ligatures sont éliminées le 26. Exeat, complètement guérie, le 22 janvier. — A la suite d'injections parenchymateuses de

(*) L'observation de Riedel porte le n° CCXX.

teinture d'iode, la circonférence du cou avait été réduite de 0,38 à 0,35. Après l'extirpation, on trouve que la tumeur est plus grande qu'elle ne paraissait avant. (Rose, de *Zurich*. — *Rose a*), p. 59.)

Obs. CCIX. — Homme de 40 ans; 10 février 1876; début à 26 ans. Goître parenchymateux situé à droite, dur, rond, bosselé, du volume du poing, plonge derrière la clavicule. Circonférence du cou, 0,43; trachée refoulée à gauche; du côté gauche, tumeur dure, grosse comme une noix. A droite, en outre, fistule à la suite d'un abcès consécutif à une injection. — Extirpation totale. Incision de 0,15 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien et une autre perpendiculaire à celle-ci. Pendant l'opération, on trouve un troisième lobe vers la région sous-maxillaire ; adhérences intimes et vasculaires du goître avec la trachée et le cartilage cricoïde ; la trachée est ramollie ; deux accès de suffocation. Carotide droite dénudée sur une étendue de 0,06, le bord supérieur du sternum est mis à nu. Hémorragie considérable, 22 ligatures simples et 16 doubles. Patient très pâle. — Pansement à ciel ouvert. Fièvre pendant six jours. Le 29, ouverture d'un abcès. Le 18 mars, amygdalite, enrouement, fièvre, nouvel abcès, ouvert le 26. Exeat, guéri le 1er mai. — Un an avant l'opération, la tumeur avait le volume d'une tête d'enfant ; on fit trois ponctions suivies d'injections iodées ; la première fois évacuation d'une chopine de liquide sanguinolent. La troisième fois, abcès et fistule. Dimensions du lobe droit après conservation dans l'alcool : longueur 0,09, largeur 0,08, épaisseur 0,05. (Le même, *ibid.*, p. 60.)

Obs. CCX. — Homme de 24 ans ; 11 mars 1876 ; le goître existe depuis plus de 15 ans ; goître parenchymateux volumineux, situé à droite, sphérique, s'étend depuis le maxil-

laire inférieur jusque derrière la clavicule; circonférence de la tumeur, environ 0,26; trachée et cartilage cricoïde fortement refoulés à gauche; plusieurs ganglions lymphatiques engorgés (syphilis, trois ans auparavant); larynx et trachée fortement aplatis; la moitié droite du cartilage thyroïde enfoncée; pourtour du cou 0,38. Grande gêne de la respiration et de la parole, palpitations, accroissement rapide du goître, douleurs irradiées; accès de suffocation. — Extirpation totale. Incision en V, le long du bord antérieur des sterno-cléïdo-mastoïdiens; énucléation très difficile; prolongement du lobe droit derrière le sternum; à gauche, prolongement s'élevant jusqu'à l'apophyse styloïde; grand nombre de vaisseaux. Excision des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens; fortes adhérences du goître à la trachée. Hémorragie pas très considérable, seulement une veine venant de la tumeur donna lieu à un écoulement sanguin rebelle; compression digitale; 84 ligatures dont 42 restèrent dans la plaie. Durée près de 4 h. — Patient pâle, épuisé, grande soif, très agité, toux rebelle, dyspnée croissante, intense, pas de fièvre, pas de signes apparents de laryngosténose, pas de gonflement du cou, ni de changement à la plaie. — Mort subite le lendemain matin. Autopsie : congestion et œdème considérable des méninges et du cerveau; légère infiltration sanguinolente du médiastin antérieur jusqu'au cœur, adhérences pleurétiques anciennes des deux côtés, tubercules miliaires. Liquide séro-sanguinolent dans le péricarde, endocarde imbibé, etc., trachée ramollie. (Le même, *ibid.*, p. 62.)

Obs. CCXI. — Jeune fille de 14 ans; 27 septembre 1876. Début il y a 6 mois. Goître parenchymateux, paraissant avoir le volume d'une noix; dans la respiration profonde,

bruit de sténose. Circonférence du cou : 0,35; diagnostic : ramollissement de la trachée et bronchosténosie.— Dyspnée, surtout le soir au lit; accroissement et sensibilité du goître, accès de suffocation graves. — Extirpation totale. Narcose. Incision de 0,09 le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, et une seconde perpendiculaire, de 0,06. Section des muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens; on trouve deux tumeurs du volume d'une pomme et du volume d'un œuf de poule, au milieu la trachée comprimée et déviée à droite; en haut, elle est complètement ramollie : On fait la trachéotomie. De la tumeur gauche, on retire 45 grammes d'un liquide jaune; 27 ligatures restent dans la plaie. Durée, 1 1/2 heure. — Deux fois, légère hémorragie, entrée de sang dans la trachée. Le 13 janvier, on retire la canule; fistule fermée le 20. Exeat, guérie le 13 février. — Traitement à l'iodure de potassium et aux pommades, sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 66.)

Obs. CCXII. — Garçon de 13 ans; 14 décembre 1876; début à 10 ans. Goître parenchymateux du volume d'une grosse pomme, surtout à gauche, mobile, assez mou, élastique, fluctuant en un point; larynx et trachée fortement refoulés à droite, formant un arc de cercle, à trois bons travers de doigt de la ligne médiane; forte compression latérale de la trachée, celle-ci est sensible à la pression (ramollissement inflammatoire). Circonférence du cou : 0,33. — Extirpation totale. Narcose. Incision en T. Trachéotomie. Section des vaisseaux entre 2 ligatures; tissu conjonctif épaissi (péristrumite indurative). Divers prolongements de la tumeur du côté droit, en haut, jusqu'à l'apophyse styloïde, en bas, jusque près de la clavicule. Fortes adhérences avec le larynx et la trachée, cette dernière fort ramol-

lie. 87 ligatures ramenées au-dehors. Durée 4 heures. — Fièvre modérée pendant 6 jours. Le 9 février, retrait de la canule, respiration normale, voix très faible, voilée, enrouée. Exeat le 5 mars, cicatrisation complète ; la voix laisse toujours à désirer. — Pommades ; iode à l'extérieur, sans grand résultat. — Le lobe droit présentait une hyperplasie simple ; le lobe gauche contenait beaucoup de kystes, atteignant jusqu'au volume d'une pomme ; l'un d'eux renfermait un corps d'aspect vitreux, gros comme un ongle. (Le même, *ibid.*, p. 68.)

Obs. CCXIII. — Homme de 22 ans ; 28 février 1878 ; goître existant depuis 4 1/2 ans. Goître parenchymateux sous-sternal, situé à droite, du volume d'une pomme ; globuleux, dur, mobile ; carotide un peu refoulée en dehors, larynx et trachée légèrement déviés à gauche, trachée sensible à la pression. Pourtour du cou, 0,34. — Dyspnée, gène des mouvements, voix voilée, rauque. — Extirpation totale. Chloroforme. Longue incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien droit, plus tard, une seconde, le long du même muscle à gauche (incision en V) ; section des sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien gauches ; 52 ligatures dans la plaie, trachée, larynx et grands vaisseaux dénudés ; au fond de la fossette jugulaire, on sent battre la crosse de l'aorte. — Traitement à ciel ouvert ; grande agitation ; première nuit, hémorragie profuse, qui s'arrête spontanément, fièvre ; badigeonnages de la plaie avec l'huile phéniquée. A chaque inspiration, l'huile et le pus disparaissent dans l'entonnoir, derrière le sternum et reviennent mélangés de bulles d'air à l'expiration. Ligatures expulsées peu à peu (37 le même jour). Exeat, guérie, le 24 mars. — La tumeur avait la forme d'un fer à cheval, le bord concave mesurant 0,16,

le bord convexe 0,19. La tumeur se trouvait au sommet du lobe droit, nettement circonscrite. C'était un goître hyperplasique, avec dégénérescence colloïde. A la face postérieure, empreintes profondes, produites par la trachée et l'œsophage. (Le même, *ibid. b.*)

Obs. CCXIV. — Fille de 10 ans; 20 septembre 1878. Goître congénital suffocant, situé dans la fossette jugulaire, du volume d'un poing, rénitent, fluctuation douteuse; pendant les mouvements de respiration et de déglutition, il disparaît presque à moitié derrière le sternum. — Dyspnée intense, croissante, asphyxie imminente, convulsions, coma; r. 52 à la minute. — Extirpation totale. Pas de narcose. Longue incision médiane. On parvient à grand peine à détacher et à relever le goître assez pour arriver au-dessous à la trachée, qui était tellement ramollie qu'on ne la sentait pas; elle est complètement aplatie; ponction du goître : 2 onces d'un liquide foncé, filant; trachéotomie, énucléation du goître, ligatures en masse de deux pédicules et section. — L'état comateux persiste jusqu'au milieu de la nuit; très peu de fièvre pendant quelques jours; pas d'accident, seulement, le 22 et jours suivants, on entend dans la région précordiale de nombreux râles synchrones à la systole et ne disparaissant pas lorsque la patiente suspendait la respiration, signe d'emphysème du médiastin dû à la rupture d'une alvéole pulmonaire pendant l'accès d'asphyxie : presque pas de fièvre. Guérison au bout de cinq mois. (Le même. — *Keck*, p. 30 et 98.)

Obs. CCXV. — Femme de 24 ans; 24 avril 1876. Depuis sa jeunesse, goître hypertrophique de toute la glande, à droite du volume d'une pomme, à gauche plus petit, très ferme. Circonférence du cou, 0,33. — Respiration bruyante,

pénible, voix rauque, fortes palpitations, yeux un peu saillants, quelques accès de suffocation. Extirpation totale. Chloroforme. Incision en V, vomissements, peu d'hémorragie, doubles ligatures, larynx et trachée dénudés, goître complètement énucléé et ne tenant plus que par l'artère thyroïdienne inférieure droite. La patiente s'éveille et vomit, on lui tourne la tête à gauche, la respiration cesse tout à coup; cyanose; on pratique la trachéotomie, on fait la respiration artificielle pendant deux heures, tout est inutile : la mort a été foudroyante. — Traitement antérieur : iode intus et extra, fer, etc., et injections parenchymateuses de teinture d'iode. La plus grande circonférence du cou avait été de 0,42, elle fut réduite grâce au traitement à 0,33. C'était un goître colloïde. — Autopsie : dégénérescence graisseuse du cœur, bronchiectasies modérées, ramollissement de la trachée. (Le même. — *Rose a)*, p. 53.)

Obs. CCXVI. — Femme de 56 ans; 16 mai 1877. Début à 42 ans. Goître bilatéral solide, mobile, globuleux, gros comme un poing, siégeant à la face antérieure du cou, plus à droite qu'à gauche, très proéminent. Circonférence du cou, 0,43. — Forte dyspnée, qui s'accroît par une légère pression, toux, voix enrouée, accroissement rapide. — Extirpation totale. Narcose. Incision de 0,04 un peu à gauche de la ligne médiane, et une autre perpendiculaire à la première (‾|). Ligature immédiate de tous les vaisseaux, dénudation de la trachée, qui forme arête en avant; elle est ramollie : trachéotomie, énucléation de la tumeur droite, puis de la tumeur gauche. Dans la fossette jugulaire, on sent les pulsations du tronc brachio-céphalique; 24 ligatures ramenées au dehors. Durée une heure. — Pansement humide à l'acide phénique, toux, respiration difficile, écoulement

persistant de sang par la plaie et par la canule; on découvre et lie plusieurs vaisseaux qui saignent très fort; l'hémorragie continue, mais plus faible et finit par s'arrêter. Mort subite le 21 mai. — Autopsie : œdème et emphysème pulmonaire, œdème cérébral, tuberculose, marasme. Le sommet du poumon gauche est à 0,005 du fond de la plaie. (Le même, — *Keck*, p. 10.)

Obs. CCXVII. — Fille de 11 ans; 22 mars 1879. Début à 9 ans. Goître suffocant du lobe gauche, mou, pas de fluctuation. — Cyanose, dyspnée menaçante, impossibilité de redresser la tête, qui doit rester penchée en avant pour rendre la respiration possible; asphyxie imminente. — Extirpation totale. D'abord trachéotomie, chloroforme. Trachée et larynx refoulés à droite formant un demi-cercle. Incision en V; au moment où l'on redresse la tête la respiration cesse; dénudation et incision rapide de la trachée, insufflation d'air, respiration artificielle : la malade revient à elle, écoulement de sang dans la trachée : aspiration. La trachée était fortement ramollie, aplatie, ses parois étaient si rapprochées que lorsqu'on redressait la tête la lumière du tube disparaissait. Extirpation, plus de chloroforme (la patiente continue à dormir pendant plusieurs heures); la tumeur était intimement adhérente au côté gauche de la trachée, le larynx revient aussitôt dans la ligne médiane; 32 ligatures ramenées au dehors, durée 2 heures. — On enlève la canule le 18 mai. Exeat, guérie, le 1er juin. Pourtour de la tumeur : dans le sens longitudinal 0,15, dans le sens transversal 0,13; elle était formée par une masse colloïde. Quelques injections parenchymateuses de Luton étaient restées sans résultat. (Le même, *ibid.*, p. 20.)

Obs. CCXVIII. — Jeune fille de 16 ans; 22 janvier 1878.

Début à 12 ans. Goître parenchymateux bilatéral.— Enrouement, parésie des cordes vocales. Extirpation totale. Lambeau en V; extirpation facile, hémorragie considérable, trachée en fourreau de sabre, fort ramollie, 20 sutures, drainage, Lister. — Dyspnée, aphonie complète, vomissements après l'opération, toux, dysphagie, intoxication phéniquée, rétention d'urine; au bout de deux jours, amélioration, mais en même temps fourmillements et douleurs dans les membres supérieurs; tétanie prononcée, 14 accès en 13 jours; 8 jours après, dernier accès. Traitement : morphine; réunion par première intention, sauf aux points de drainage. Le 13 février, violent spasme facial bilatéral calmé par des inhalations de chloroforme. Exeat, le 27 février. — Dans les commentaires sur ce cas l'auteur dit que les récurrents ont été sectionnés. (Schoenborn, *Kœnigsberg*. — *Falkson*.)

Obs. CCXIX. — Femme de 29 ans; 10 juillet 1878 (?). Début à 27 ans. Goître parenchymateux, à droite, tumeur du volume d'un œuf de poule, le lobe gauche paraît normal. —Indication : accroissement rapide. — Extirpation totale. Incision médiane, lobe gauche plus volumineux que le lobe droit, hémorragie considérable, ramollissement trachéal très avancé, asphyxie imminente, trachéotomie. Pansement à la gaze phéniquée, vomissements, rétention d'urine, paralysie complète des cordes vocales, cardialgie, oppression, intoxication phéniquée. Le 14, accès de tétanie, 4 accès en 7 jours, trachéite, pneumonie, suppuration abondante, eschare des bords de la plaie trachéale. Le 3 août, délire furieux et mort. — Autopsie : pleuro-pneumonie bilatérale, rien dans les centres nerveux. — Même observation que ci-dessus. (Le même, *ibid*.)

Obs. CCXX. — Femme de 38 ans, 10 juillet 1882. Goître

volumineux, circonférence du cou 0,46. — Pas de troubles, désir de la malade de souffrir de grandes douleurs par esprit de mortification (ceci n'a été révélé qu'après l'opération.—Extirpation totale, chloroforme. Énucléation difficile, à cause des adhérences avec les tissus voisins. Narcose souvent interrompue, les deux récurrents sont soigneusement isolés, adhérences avec la trachée, celle-ci est un peu ramollie, mais ne s'affaisse pas pendant l'inspiration; la gaîne des vaisseaux n'a pas été ouverte. Hémorragie assez abondante. Durée 3 heures. A la fin de l'opération irrigation avec une solution d'acide phénique (2 %); aussitôt enrouement et de la dyspnée qui se développe peu à peu. — Deux heures après l'opération, 160 pulsations, 40 inspirations à la minute, râle trachéal, agitation; on ne trouve rien qui explique ces phénomènes. Le lendemain, forte cyanose de la face, continuation des autres symptômes; trachéotomie sans résultat, pas de réaction autour de la plaie, pansement à ciel ouvert. Le soir, inflammation dans la plaie, pneumonie à gauche, faim insatiable. Morte le 13 juillet. — Autopsie : médiastinite antérieure au début, thymus volumineux, pneumonie lobulaire à gauche, très peu à droite. Cœur gorgé de sang, de même que les artères pulmonaires, les pneumogastriques intacts, les récurrents imbibés de sang, mais pas altérés dans leur texture ni lésés. — L'auteur attribue les phénomènes observés à la paralysie d'une partie et à l'irritation d'une autre partie des nerfs pneumo-gastriques et récurrents, par suite de leur imbibition d'acide phénique. (Riedel, *Aix-la-Chapelle*. — *Riedel*.)

Obs. CCXXI. — Garçon de 10 ans, opéré en 1866. Début à 9 ans. Goître parenchymateux (colloïde), du volume d'une pomme de grosseur moyenne, rénitent, élastique, sphéri-

que, mobile. Circonférence du cou, 0,315. — Dyspnée. — Extirpation totale. Hémorragie assez forte; plus de 20 ligatures. Durée, 1 heure. — Forte fièvre. Guérison au bout d'un mois.—Changement dans l'état mental (v. au chapitre des *Complications*. (Sick, de *Stuttgart*. — *Sick*.)

Obs. CCXXII. — Femme de 28 ans; 21 mai 1829. Début à 26 ans. Goître parenchymateux du lobe droit, du volume d'un œuf de poule, pas très dur, pas de fluctuation, lisse, mobile. — Indication : désir de la malade. — Extirpation partielle. (Pour le procédé opératoire, voir le cas suivant.) Hémorragie secondaire, pas très considérable, fièvre assez forte, inflammation de la plaie et des alentours, trachéite, suppuration modérée. Le 22 juin, chute de la dernière ligature (celle de l'isthme). Le 30, gonflement du lobe gauche. Guérison. Un léger gonflement du lobe gauche persiste après la guérison. (Walther, de *Bonn*. —*Zartmann*, p. 26.)

Obs. CCXXIII. — Femme de 34 ans; 11 août 1829. Début à 26 ans. Goître parenchymateux du lobe droit et de l'isthme, assez dur; carotide un peu déviée; la tumeur touche au lobe gauche et descend jusqu'au sternum. — Dyspnée, surtout quand la patiente monte ou se couche sur le dos; désir de la malade. — Extirpation partielle. Longue incision au bord du sterno-cléïdo-mastoïdien, et une seconde perpendiculaire, au milieu de la première. Thyroïdienne supérieure divisée en 2 branches; ligatures simples et section, hémorragie abondante par les bouts périphériques; ligature, puis section de la thyroïdienne inférieure, qui est très volumineuse et est divisée en plusieurs branches. Les organes du cou ne sont pas dénudés, on voit battre la carotide. Dans l'épaisseur de l'isthme se trouve un

os, assez long, mince, sur lequel on applique la ligature (l'isthme formait le pédicule), ablation de la tumeur; ligatures (soie) ramenées au-dehors; bandelettes agglutinatives. —Hémorragie secondaire de 4 vaisseaux sous-cutanés, ligature. Fièvre, dysphagie, douleurs au cou, à la poitrine, au bras droit; phlegmon étendu, trachéite; partie supérieure de la plaie réunie par première intention; suppuration abondante par la partie inférieure. Le 18, incision d'un vaste abcès sous la clavicule droite. Le 20, expulsion de l'os contenu dans l'isthme. Exeat, guérie le 16 septembre. — Traitement médical interne et externe inefficace. La tumeur extirpée avait le volume d'une tête d'enfant. Poids : 2 livres. (Le même, *ibid.*, p. 22.)

Obs. CCXXIV. — Femme de 35 ans; 7 septembre 1880. Début à 12 ans. Goître colloïde kystique, bilatéral, ferme, élastique, bosselé; chaque tumeur a le volume du poing. — Dyspnée, accroissement rapide. — Extirpation totale. Incision en T. Section des sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens et omo-hyoïdiens. L'un des récurrents est saisi dans une pince à glissière; accès de dyspnée menaçant; environ 150 ligatures; sutures, drainage, Lister; durée 2 heures. — A diverses reprises, grande fréquence de la respiration et du pouls (130-160); complications broncho-pulmonaires pendant une quinzaine de jours. Exeat, fin octobre. — Au début, occlusion insuffisante du larynx, par suite de la lésion du récurrent. (Wegner, de *Berlin*. — *Hermann*.)

Obs. CCXXV. — Femme de 62 ans; 5 septembre 1881. Les troubles (dysphagie) ont débuté il y a 20 ans. A la paroi postérieure du pharynx, au niveau de l'épiglotte, vers la gauche, tumeur du volume d'une noix, lisse, élastique, non fluctuante, mobile, à base large; pharynx considéra-

blement dilaté; larynx plus bas qu'à l'ordinaire; derrière le pilier gauche, on voit les pulsations de la carotide interne. La patiente porte en outre un goître. — Grande dysphagie, accès de suffocation. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision transversale de 0,08, entre l'os hyoïde et le larynx; division du ligament thyro-hyoïdien et de l'épiglotte, incision de la capsule avec le thermocautère, énucléation facile; hémorragie considérable, arrêtée avec difficulté au moyen du thermocautère et du perchlorure de fer; sutures de catgut et de soie, drain. — Le soir, dyspnée : laryngotomie, rendue difficile par la présence du goître; la dyspnée disparaît; alimentation au moyen de la sonde; le 3e jour, apathie, somnolence; morte le 9 septembre. — Autopsie : pyohémie; suppuration du tissu conjonctif du cou, de la muqueuse du larynx et de celle de la trachée. Examen microscopique de la tumeur : tissu thyroïdien avec de nombreux foyers hémorragiques et dégénérescence colloïde. (Weinlechner, de *Vienne*. — *Weinlechner*.) — Il est probable qu'il s'agit ici d'un goître accessoire rétropharyngien (Dr P. L.)

Obs. CCXXVI. — Pas de détails. Guérison. (Weiss, de *Dresde*. — *Hedenus, fils*, p. 291.)

B. Opérateurs français.

Obs. I. — Femme. Hémorragie formidable, aussitôt après l'opération. L'hémorragie recommence aussitôt après le départ du chirurgien. Mort immédiate. (Anonyme, *Paris*. — *Palfin*.)

Obs. II. — Homme. Goître parenchymateux, volumineux. — Aucun trouble fonctionnel; difformité. — Hémorragie foudroyante pendant l'opération. Mort immédiate.

— Opération faite sur les conseils de Desault. (Anonyme, *Paris*. — *Bullier b*), p. 564.)

Obs. III. — Femme de 27 ans, opérée en 1807. Début à 20 ans. Goître volumineux, trilobé ; le lobe moyen retombe au-devant du sternum ; diamètre de la tumeur, 4 pouces. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Ablation du lobe moyen. Incision transversale ; pas d'hémorragie. — Pas d'accident. Guérison au bout d'un mois. (Anonyme. — *Bullier a*), p. 16.) (V. plus loin obs. XI.)

Obs. IV. — Homme. Goître plongeant, bilobé, fixé à la partie moyenne du corps thyroïde, lequel est sain, par un pédicule assez long ; le lobe inférieur plonge entièrement derrière le sternum ; chaque tumeur a le volume d'un œuf de pigeon, elle est ferme et lisse. — Gêne modérée causée par le col du vêtement ; crainte de complications futures. — Extirpation partielle. Incision longitudinale, ligature en masse du pédicule ; ablation des deux tumeurs. — Aussitôt après l'opération, et avant l'application du pansement, intumescence subite, considérable, progressive du corps thyroïde et de tout le cou, avec menace de suffocation ; ce gonflement ne s'arrête que le second jour. Suppuration abondante. Guérison. — L'auteur considéra ce gonflement comme dû à une congestion active du corps thyroïde. Il faut plutôt admettre qu'il s'agissait d'une infiltration séro-sanguine. La tumeur était composée de deux kystes fibro-séreux, à parois très épaisses et contenant des concrétions crétacées. (Bégin, de *Strasbourg*. — *Bégin*.)

Obs. V. — Pas de détails. Mort ; cause non renseignée. (Blandin, de *Paris*. — *Michel*, p. 719.)

Obs. VI. — Goître suffocant. Guérison par première intention. (Boeckel, de *Strasbourg*. — *Boeckel*.)

Obs. VII. — Pas de détails. Mort d'hémorragie. (Bonnet, de *Clermont-Ferrand*. — *Brun*, p. 16.)

Obs. VIII. — Jeune femme; 22 octobre 1881. Début il y a cinq ans; goître parenchymateux, du volume d'une orange; envoie un prolongement derrière le sternum. — Compression de la trachée. — Extirpation totale (?) Incision en U; il y a deux prolongements latéraux, et un médian qui touche au tronc brachio-céphalique veineux; fortes adhérences avec la trachée. Peu d'hémorragie, une suture, drainage. — Pansement antiseptique. Gêne et douleur derrière le sternum, jusqu'à l'appendice xyphoïde, dyspnée, fièvre, angoisse épigastrique, rien à l'auscultation, la plaie a bon aspect, mais les objets à pansement ont une odeur fétide.— Morte 65 heures après l'opération.—Autopsie : médiastinite étendue, infiltration purulente considérable englobant le péricarde, un peu de néphrite interstitielle. Les autres organes sont sains. La tumeur était un goître hypertrophique simple. (Bouilly, de *Paris*. — *Bouilly*.)

Obs. IX. — Homme de 67 ans ; 28 mai 1850 ; début il y a environ 9 mois. Goître solide, bosselé, du volume d'un œuf d'autruche, sur la ligne médiane, mobile en partie, adhère à la trachée et au larynx. — Gêne respiratoire ; une légère pression détermine des accès de suffocation ; dysphagie, altération de la parole et de la voix. — Extirpation partielle. Incision cruciale; hémorragie artérielle et veineuse arrêtée au moyen de ligatures et de la torsion. Dissection laborieuse, adhérences avec les carotides, les jugulaires internes les grands nerfs, le larynx, la trachée; double ligature de quelques gros vaisseaux (thyroïdiennes supérieures); ligature en masse du pédicule, section. Hémorragie d'à peine 500 grammes. Durée 45 minutes.—Suites heu-

reuses. Guérison en 38 jours. — Antérieurement iode intus et extra sans résultat. Poids de la tumeur : 250 grammes. (Cabarret, de *Saint-Malo.* — *Cabarret.*)

Obs. X. — Femme de 27 ans, opérée en mai 1791; goître solide situé sur la ligne médiane et du côté droit, arrondi, très dur, soulevé par les battements des artères et suivant les mouvements de déglutition; diamètre, 2 pouces.—Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Incision longitudinale. Opération laborieuse; section des vaisseaux entre deux ligatures; ligature des artères thyroïdiennes droites. Profondeur de la plaie : trois pouces; trachée, œsophage, carotide et pneumo-gastrique mis à nu. — Dysphagie pendant les trois premiers jours, fièvre modérée; ce n'est que le cinquième jour qu'on renouvelle complètement le pansement. Guérison en 34 jours. — Circonférence de la tumeur extirpée : 5 pouces; elle contient un noyau cartilagineux. (Desault, de *Paris.* — *Giraud.*)

Obs. XI. — Femme; hémorragie violente; le chirurgien renonce à l'opération, et lie en masse la partie incisée. — État de spasme (sic). Morte de collapsus. (Le même. — *Rullier b*), p. 556.)

Obs. XII. — Même femme que celle de l'observation III; 28 ans; 1er janvier 1808. Goître très volumineux, s'étendant depuis le maxillaire inférieur jusqu'au sternum et la clavicule; hauteur : sept pouces, largeur : un peu davantage. La tumeur médiane s'est reproduite et adhère au larynx. Les lobes latéraux sont très mobiles, les veines très dilatées; on voit les battements des artères.—Congestions vers la tête, dysphagie, dyspnée, suffocations ; volume et accroissement rapide du goître. — Extirpation totale. Incision verticale, section de tous les vaisseaux entre deux ligatures,

trachée fortement aplatie d'avant en arrière ; hémorragie : quelques cuillerées. État lipothymique. Ligature des quatre thyroïdiennes. Fortes adhérences du lobe moyen avec la trachée et le larynx. Prostration extrême, état syncopal. — Morte au bout de 35 heures. — La tumeur avait le volume des poumons d'un jeune enfant ; poids : 1,202 grammes ; elle renfermait une multitude de petits kystes à contenu jaunâtre visqueux. — Autopsie : le nerf récurrent droit et l'anastomose du grand hypoglosse droit avec les nerfs cervicaux avaient été coupés et liés ; les sterno- et omo-hyoïdiens et le sterno-thyroïdien droits avaient été également coupés. Il y avait en outre de la médiastinite. (Dupuytren, de *Paris*. — *Rullier a*, p. 17.)

Obs. XIII. — Fille de 12 ans ; 22 novembre 1831 ; tumeur pédiculée du volume d'une tête, située à gauche, dure, élastique ; veines volumineuses. — Extirpation partielle ; on fait la compression des veines. Incision longitudinale, quelques petites ligatures, pédicule lié en trois portions, hémorragie 6 à 8 onces. — Légère syncope, vomissements rebelles, convulsions. — Morte le lendemain matin. Le pneumo-gastrique, la carotide, la jugulaire interne et les artères thyroïdiennes furent trouvés intacts. (Le même. — *Günther*, p. 376.)

Obs. XIV. — Opération faite à Rome en 1835. — Extirpation partielle. Guérison. (Hutin, de *Paris*. — *Hutin*.)

Obs. XV. — Femme de 20 à 24 ans ; opérée en avril 1877. Goître solide, volumineux, situé surtout à droite ; le lobe gauche est beaucoup plus petit, tumeur régulière, arrondie, bilobée, lobe droit très mobile. — Pas de troubles fonctionnels, difformité et accroissement rapide. — Extirpation partielle, beaucoup de grosses veines et d'artères. Section de tous les vaisseaux entre deux ligatures, énucléation facile

du lobe droit avec sa capsule. Lister. — Guérison rapide, érythème phénique sur les bords de la plaie. — Antérieurement : ponction exploratrice ayant donné un peu de sang, électro-puncture sans résultat. C'était un goître colloïde. (LE FORT, de *Paris*. — *Boursier*, p. 177.)

OBS. XVI. — Femme de 24 ans ; 23 novembre 1872. Début à 9 ans. Goître parenchymateux médian, globuleux, dur, du volume d'une orange, adhère au larynx et à la trachée, plonge derrière le sternum, carotides refoulées en-dehors, on voit les pulsations de la thyroïdienne supérieure gauche. — Dyspnée, altération de la voix, dysphagie, céphalalgie, etc., suffocations pendant le sommeil. — Extirpation totale. Chloroforme. Incision en (⊥), ligature double et section de la jugulaire antérieure, excision des sterno-thyroïdiens amincis, ligature double des artères et veines thyroïdiennes et des autres vaisseaux, dissection de bas en haut, hémorragie d'à peine 150 grammes, une vingtaine de ligatures. Au fond de la plaie on voit les battements du tronc innominé et le confluent des jugulaires, les carotides sont à découvert. Réunion de l'incision transversale, l'autre reste ouverte, ligatures ramenées à l'extérieur, pansement à l'ouate. Durée une heure. — Dysphagie, vomissements dus au chloroforme, pas d'accidents, voix voilée depuis l'opération. Guérison le 30e jour. — Iode intus et extra, arsenic, etc., sans résultat. Plus tard la voix est redevenue normale. La tumeur pesait 800 grammes, elle comprenait toute la glande et présentait plusieurs prolongements. Au centre, kyste hématique, les parois étaient épaisses, crétacées. (MICHEL, de *Nancy*. — *Michel*, p. 699.)

OBS. XVII. — Femme de 41 ans ; 20 octobre 1880 ; début à 8 ans ; goître intéressant toute la glande, surtout le lobe

droit, lequel s'étend de l'os hyoïde à la clavicule; ce dernier est mobile, ferme, bosselé, présente une fluctuation douteuse; la carotide est soulevée et communique ses battements à la jugulaire. Larynx et trachée déviés à gauche par un prolongement qui part de la tumeur et remonte le long du tube aérien.—Accès de suffocation, douleurs lancinantes, accroissement rapide. — Extirpation partielle. Chloroforme. Lister, pulvérisation phéniquée. Incision verticale de 0,08, suivant le grand axe de la tumeur. Énucléation; ligature en masse sur le pédicule, qui renferme beaucoup de vaisseaux. Seconde incision de 0,03 perpendiculaire à la première (en |__, de manière à former un lambeau triangulaire) pour l'énucléation isolée du prolongement; plusieurs ligatures. Suintement sanguin abondant, pinces hémostatiques; puis extirpation d'un troisième noyau, peu volumineux. Drainage, sutures Durée, 2 heures. — Vomissements, toux fréquente, pas de fièvre; le 29 octobre, Lister remplacé par des compresses phéniquées (au 1/40e); légère suppuration par l'ouverture du drain. Exeat, le 17 novembre, avec un petit trajet peu profond. — En 1863, ponction ayant donné une grande quantité de liquide; peu de diminution du goître. En 1866, incision, drainage, diminution considérable, puis les accidents reprennent et la tumeur s'accroît de nouveau. (Monod, de *Paris*. — *Monod*.)

Obs. XVIII. — Homme de 20 ans, opéré en 1835. Goître du lobe gauche, plus gros qu'un poing. — Extirpation partielle; la thyroïdienne inférieure gauche a le volume d'une grosse plume. Résultat non indiqué. — La tumeur se compose de parties osseuses, fibreuses, kystiques et parenchymateuses; le liquide y contenu est transparent ou

d'un jaune brunâtre avec beaucoup de cholestérine. (Nélaton, de *Paris*. — *Nélaton*.)

Obs. XIX. — Homme de 24 ans; 19 octobre 1878; début à 14 ans; goître solide, du volume d'une tête de fœtus, siégeant surtout à droite, mais s'étendant vers la gauche; globuleux, élastique, lisse; jugulaire externe droite volumineuse. — Dyspnée intense, accès de suffocation. — Extirpation totale (?). Chloroforme; incision formant deux lambeaux triangulaires à base supérieure (incision en forme d'ancre); trachée déviée à gauche, aplatie latéralement; en la séparant de la tumeur, la respiration s'arrête; respiration artificielle et fixation de la tumeur dans une bonne position; on renverse la tête en bas, il s'écoule une grande quantité de mucosités (1/2 verre); 35 pinces hémostatiques appliquées pendant l'opération; 5 points de suture entortillée, 12 sutures métalliques. Pansement à l'alcool et à l'ouate; 12 pinces restent en place. — Toux, dyspnée, laryngo-trachéite. Pinces enlevées le 20; bandelettes collodionnées, pansement à l'alcool phénique. Dyspnée intense, péricardite, suppuration modérée; plaie réunie en grande partie, pleurésie double. Mort le 2 novembre. — Traitement antérieur : iode intus et extra, injections iodées, changement de climat. — Autopsie : péricardite hémorragique, médiastinite purulente antérieure et postérieure, pleurésie double ancienne, poumons sains. — Péan attribua les fusées purulentes à ce que le patient était resté presque constamment assis malgré sa défense. (Péan, de *Paris*. — *Brochin*.)

Obs. XX. — Homme de 19 ans; 19 juillet 1879; début à 14 ans. Goître kysto-parenchymateux plongeant, du volume d'une grosse orange, arrondi, dur, rénitent, plus mou au centre, adhère au lobe gauche par un prolongement. —

Dysphagie, constriction au larynx. — Extirpation partielle. Incision médiane de 0,05-0,06; en tout, application de 5 pinces hémostatiques, enlevées ensuite; pas d'hémorragie; 6 points de suture; pansement par occlusion, bandelettes collodionnées. — Patient couché de façon que la tête soit placée plus bas que le tronc; pansement à l'alcool; réunion par première intention dans presque toute l'étendue de la plaie, quelques gouttes de pus. — Guérison le 20 août. — La tumeur était un goître hypertrophique, à cavité centrale, renfermant un liquide sanguin et des cristaux de cholestérine. Traitement antérieur : ponctions et injections de teinture d'iode, etc. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXI. — Homme de 23 ans; 27 mai 1881. Début à 10 ans. Goître hypertrophique partiel, très dur, du volume d'une orange. — Extirpation partielle, Lister, chloroforme. Incision médiane de l'os hyoïde au sternum; section des 4 pédicules vasculaires entre deux pinces, puis ligature du bout central. Lavage antiseptique, 7 points de suture en crin de Florence, 2 drains à l'angle inférieur, Lister. Durée 50 minutes. — Suites très simples, seulement dysphagie pendant 48 heures, drains retirés le lendemain et le 5e jour. Les fils de catgut furent éliminés successivement par l'angle inférieur. Le 13 juillet, il ne restait qu'un très petit bourgeon au bas de la plaie. — Poids de la tumeur 130 grammes; goître parenchymateux avec quelques noyaux calcifiés; il comprend l'isthme et le lobe droit. Injections parenchymateuses de teinture d'iode sans résultat. (Périer, de *Paris.—Périer.*)

Obs. XXII. — Femme de 25 ans; 11 septembre 1881. Début à 11 ans. Goître solide, trilobé, gros comme la moitié du poing d'un adulte, dur, à forme suffocante. — Dyspnée intense, dysphagie, altération de la voix, troubles de la

circulation céphalique, affaiblissement croissant, douleurs abdominales, métrorrhagies. — Extirpation totale. Incision courbe à convexité inférieure d'une carotide à l'autre et rasant la fourchette du sternum, lésion d'une grosse veine, hémorragie abondante arrêtée bientôt, ligature successive des artères thyroïdiennes; l'énucléation est pratiquée de haut en bas, la trachée décrit une grande courbe latérale et adhère intimement au lobe droit; un moment respiration difficile; il existe de la péristrumite en plusieurs points; les pédicules artériels furent liés en masse, mais plusieurs des vaisseaux furent ensuite liés isolément; on employa du fil de soie qui fut ensuite remplacé par du catgut, sauf trois, qui furent ramenés au dehors. Hémorragie égale à celle d'une amputation de jambe. Sutures d'argent, trois drains, Lister. Durée 2 heures. — Dysphagie persistante, pénible, toux et râclement trachéal, aphonie complète, fièvre, trachéo-bronchite intense; la patiente se lève le 24 septembre. Réunion immédiate de la plaie en quelques points, pas d'accidents, guérison complète au bout de 5 semaines.— L'aphonie persiste, cordes vocales immobiles, on croit à une section des nerfs récurrents. En décembre la voix commença à s'améliorer et reprit peu à peu un timbre presque normal sans traitement.—La tumeur était composée de petits kystes colloïdes avec quelques cavités plus grandes, stroma fibreux assez épais. Traitement antérieur : ponction et injection iodée, caustiques, drainage, injections détersives, gros abcès, ponctions capillaires qui donnèrent lieu à une inflammation, malgré tout cela aggravation. (Richelot, de *Paris*. — *Terrillon b.*)

Obs. XXIII. — Homme de 22 ans; 26 mai 1835. Début vers 10 ou 11 ans. Goître médian, du volume d'une très grosse

pomme de reinette, très mobile, inégal, bosselé, arrondi, paraît composé de 2 lobes bien distincts, dur en quelques points, fluctuant dans d'autres. — Indication : poids de la tumeur. Extirpation partielle. Incision en T, forte hémorragie, surtout veineuse, quelques veines avaient la grosseur du doigt, ligature des artères avant la section; 40-47 ligatures, hémorragie, 1 1/2 livre. Tumeur enlevée en 3 portions. Durée, 1 heure 10 minutes. — Patient très faible, affaissé, soif vive. Collapsus. — Mort au bout de 56 heures. — Autopsie : pneumonie lobulaire à gauche. La plus grosse portion de la tumeur paraissait être un lobe du corps thyroïde, les 2 portions latérales, grosses comme des noix, semblaient être des ganglions lymphatiques. La première était composée de tissu thyroïdien avec un kyste central et quelques points d'ossification. La portion non enlevée était également dégénérée. (Roux, de *Paris*. — *Rufz*.)

Obs. XXIV. — Femme de 23 ans ; 20 novembre 1847. Début, il y a 5 ou 6 ans. Goître solide volumineux. Lobe droit multilobaire, s'étend depuis la base du maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule, la carotide, la jugulaire, les nerfs et le sterno-cléïdo-mastoïdien de ce côté sont déviés; le larynx et la trachée sont refoulés à gauche, lobe gauche beaucoup plus petit, lisse. — Pas de troubles, désir de la patiente. — Extirpation partielle. Longue incision oblique sur le lobe droit et une seconde transversale à gauche et sur le milieu de la première; plusieurs veines du volume de la fémorale, section entre 2 ligatures ; ligature immédiate de tous les vaisseaux coupés, hémorragie estimée à 5 palettes. Durée environ une heure.—Grande prostration. Bandelettes agglutinatives, boulettes de charpie dans la partie inférieure de la plaie, plumasseaux, compresses, bandage roulé. — Pros-

tration, dysphagie très douloureuse, grande oppression, respiration très fréquente. — Morte le surlendemain matin. —Traitement iodé sans résultat.—Autopsie : nerf récurrent gauche coupé (l'auteur aura voulu dire : nerf droit); à droite pleurésie considérable, pas de lésion de la plèvre ; à gauche léger épanchement pleural. A la partie supérieure du médiastin antérieur plusieurs foyers purulents circonscrits, plaie recouverte de sanie purulente. La tumeur avait une consistance fibreuse. (Le même. — *Petit.*)

Obs. XXV. — Homme; 10 juillet 1850. Début, il y a 12 à 15 ans. Goître assez volumineux à la face antérieure du cou, plus vers la gauche, gros comme un poing, plonge derrière le sternum, très dur, ovoïde, multilobaire, très peu mobile. — Pas de symptômes, désir du malade.—Extirpation totale. Pas de chloroforme, longue incision médiane, ligature des vaisseaux au fur et à mesure, peu d'hémorragie, grande dyspnée et aphonie. Durée 3/4 d'heure.—Pansement simple, pas de fièvre, légère dysphagie pendant dix jours. Guérison au commencement d'août. —L'enrouement persista. Roux l'attribua à la section du récurrent. Poids 325 grammes, grande circonférence 0,275, petite 0,22 ; la tumeur se composait de tissu parenchymateux avec beaucoup de petits kystes séreux, des concrétions crétacées et des dépôts fibrineux. (Le même. — *Roux.*)

Obs. XXVI. — Goître du volume d'une tête d'enfant, pend sur la poitrine.—Extirpation partielle, beaucoup de veines très volumineuses coupées entre 2 ligatures; ligature en masse du pédicule. — Guérison. (Sédillot, de Strasbourg. — *Sédillot.*)

Obs. XXVII. — Goître énorme. Extirpation partielle. Mêmes observations. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXVIII. — Goître énorme. Extirpation partielle. Mêmes observations. Guérison (Le même, *ibid.*)

Obs. XXIX. — Femme opérée en 1849. Extirpation partielle. Guérison. (Le même. — *Michel*, p. 719.)

Obs. XXX. — Femme; 17 juillet 1851. Extirpation partielle, hémorragies veineuses foudroyantes. Pendant onze jours les hémorragies veineuses continuent et menacent la vie de la patiente. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXXI. — Homme de 20 ans; 15 janvier 1852 ou 1853. Extirpation partielle, après l'incision de la peau forte ligature sur le pédicule. Phlegmon diffus gangréneux du cou. Mort le 22. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXXII. — Femme de 24 ans; opération faite le 24 septembre 1880 (cette date est indiquée par la *Gazette des hôpitaux*, 1880, n° 135). Début vers 20 ans. Goître du lobe droit, du volume de deux poings, depuis la parotide jusqu'à la clavicule derrière laquelle il plonge; consistance semi-solide; recouvert par plusieurs grosses veines superficielles, larynx et trachée déviés de 0,04-0,05. — Grande dyspnée, voix éraillée, éteinte, étouffements, manque d'air, surtout le soir et la nuit; la patiente est forcée de tenir la tête constamment tournée du côté gauche pour respirer librement. — Extirpation partielle. Chloroforme, Lister, brouillard phéniqué; incision de l'angle de la mâchoire à la clavicule et une seconde horizontale à la base du cou jusqu'au sterno-mastoïdien gauche, division des muscles, section de tous les vaisseaux entre 2 ligatures de catgut, veines énormes tortueuses, énucléation lente, un prolongement descend à 0,04 derrière la clavicule, division de l'isthme entre 2 ligatures, adhérences résistantes avec la trachée et le larynx; on ne vit pas le laryngé inférieur, la gaîne des vaisseaux resta

intacte; 30 ligatures, suintement sanguin abondant, forcipressure; quantité totale de sang perdue relativement minime. Derrière la clavicule, un cul-de-sac de 0,035 à 0,04, au fond duquel on voit battre les gros vaisseaux, sutures de catgut, 2 drains, Lister, compression avec des éponges. Durée, 2 1/2 heures. Immobilisation de la tête avec des attelles en T. — Vomissements, toux rebelle, presque pas de fièvre, pas de réaction locale; se lève le 9ᵉ jour, le 12ᵉ jour il ne reste qu'une petite fistule, qui persistait lorsque la patiente quitta Paris le 22ᵉ jour. Au bout d'un mois expulsion de deux nœuds de fil, puis guérison. — Les autres traitements étaient restés sans effet. La tumeur était un goître parenchymateux. (Terrillon, de *Paris*. — *Terrillon a.*)

Obs. XXXIII. — Femme de 29 ans; 28 janvier 1880. Début à 25 ans. Goître exophthalmique (?) plongeant un peu derrière le sternum, subit des mouvements isochrones avec le pouls, la tumeur a le volume d'une tête de fœtus à terme, le lobe gauche est lisse, rénitent. — Dyspnée, dysphagie, violentes palpitations, hypertrophie du cœur, suffocations nocturnes, 130-140 pulsations à la minute, exophthalmie très peu marquée. — Extirpation totale. Chloroforme, lambeau quadrangulaire à base supérieure, ligatures de soie et de catgut, hémorragie abondante, 40 ligatures, sutures métalliques, drainage, Lister. Durée, 1 1/2 heure. Après l'ablation accès d'oppression, cessant lorsqu'on rabattait le lambeau. — Le 1ᵉʳ février, hémorragie formidable; on rouvre la plaie et l'on lie un petit vaisseau (la crico-thyroïdienne gauche). Réaction locale et générale, suppuration assez abondante, les troubles fonctionnels ont disparu, l'hypertrophie du cœur persiste. Guérison le 22 février. — Le goître renfermait un kyste hématique. — (Il ne s'agissait

ici probablement que de phénomènes déterminés par la compression du pneumo-gastrique et du grand sympathique Dr P. L.). — (Tillaux, de *Paris*. — *Tillaux*.)

Obs. XXXIV. — Femme de 36 ans; 19 octobre 1835. Début à 15 ans. Goître parenchymateux à la partie antérieure et inférieure du cou, mobile. — Indication : poids de la tumeur. —Extirpation totale. Incision cruciale, réseau veineux considérable, ligature des vaisseaux avant la section, adhérences fibreuses avec la trachée et le larynx; ces organes sont mis à nu, de même que la carotide tout entière; la jugulaire interne adhère à la tumeur; 6 ou 8 ligatures veineuses, 3 artérielles, hémorragie abondante; la tumeur plongeait un peu derrière le sternum, pansement simple. Durée, 1/2 heure.—Toux, peu de fièvre, réunion par première intention, sauf au centre. Les dernières ligatures tombent le 9 novembre. Guérison le 30 novembre. — (D'après la description de l'auteur, le goître était formé par le lobe gauche et l'isthme; l'auteur dit n'avoir pas trouvé de trace du lobe droit. Dr P. L.). — Voisin, de *Limoges*. — *Voisin*.)

C. Opérateurs anglais.

Obs. I. — Femme; opération faite vers 1770. Hémorragie violente; impossible de lier les artères; compression digitale pendant huit jours et nuits consécutifs. — Guérison. (Anonyme, de *Londres*. — Gooch.)

Obs. II. — Femme; opération faite vers 1770. Hémorragie considérable; opération inachevée. — Impossible d'arrêter l'hémorragie qui continue jusqu'à la fin. Mort au bout de 8 jours. (Anonyme, de *Londres*, *ibid*.)

Obs. III. — Fille de 20 ans; opérée au mois d'août 1880. Goître parenchymateux du lobe droit, gros comme un œuf

d'oie. — Accès de suffocation. — Extirpation partielle, opération facile; 17 ligatures de soie et 6 de catgut. Lister. Pansement à l'ouate salicylatée. Toutes les ligatures sont absorbées. Guérison après 4 pansements. (Barker, de *Londres*. — *Barker* et *communication verbale*.)

Obs. IV. — Femme de 36 ans, opérée le 4 mars 1873. Début à 31 ans. Goître kysto-parenchymateux de l'isthme, du volume d'une grosse orange. — Forte dyspnée, dysphagie. — Extirpation partielle; à droite, rapports avec la bifurcation du tronc innominé. Peu d'hémorragie; ligatures de catgut; sutures. — Réunion par première intention. — Autres traitements sans résultat; circonférence de la tumeur, 10 1/2 pouces; elle renfermait un grand nombre de kystes dont le liquide contenait une énorme quantité de cholestérine; les lobes latéraux furent aperçus, mais étaient sains. (Durham, de *Londres*. — *Durham*.)

Obs. V. — Femme de 24 ans; 22 mai 1829. Goître du lobe droit. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Incision elliptique; section et ligature de plusieurs grosses artères. Impossibilité d'enlever toute la glande à cause des gros vaisseaux. Durée : 20 minutes. Charpie sèche. — Soif, céphalalgie, douleurs au cou, dysphagie, pouls petit; la plaie a un mauvais aspect; amélioration au bout de quelques jours. Le 4 juin, nouvelle aggravation; à plusieurs reprises, spasmes dans les membres inférieurs, frisson, forte fièvre, dyspnée. — Mort pendant un accès convulsif dans la soirée du 6 juin. — A la suite d'un traitement iodé, il y avait eu une diminution de la tumeur. (Quelque incomplète que soit la relation donnée par l'auteur, on pourrait se demander s'il ne s'agit pas ici d'un cas de mort par tétanie. Voir cette complication. Dr P. L.) (Green, de *Londres*. — *Green*.)

Obs. VI. — Jeune fille de 16 ans; 10 juin 1865; début à 10 ans. Goître volumineux, trilobé, descend jusqu'à la 2e côte. — Céphalalgie, vertiges, désir de la patiente. — Extirpation totale. Incision médiane de 3 à 4 pouces; énucléation facile; grand nombre de gros vaisseaux, hémorragie considérable; forte ligature autour du pédicule, ce qui provoque de la toux et une grande détresse respiratoire; on enlève la ligature et on lie le pédicule en 2 portions, puis ablation de la tumeur, suivie d'hémorragie, compression, glace; grande faiblesse. — Le soir, légère hémorragie secondaire à la suite de vomissements, compression. Légère dysphagie et douleur dans la plaie, toux pénible, suppuration assez abondante; se lève le 11e jour. Exeat, le 6 juillet. — Une partie de la tumeur était formée par un kyste, l'autre par du tissu thyroïdien. (Hamilton, de *Dublin*. — *Hamilton*.)

Obs. VII. — Femme de 65 ans; 19 juillet 1870 (?). Début il y a plus de 40 ans. Goître kysto-parenchymateux colossal, pédiculé, descendant jusqu'au-dessous de la ceinture; veines très volumineuses. Pas de troubles fonctionnels; épuisement par suppuration. Extirpation totale. Chloroforme. Incision circulaire autour de la base de la tumeur, puis chaîne d'écraseur et ablation de toute la tumeur; ligatures, puis dissection de la plus grande partie du reste du kyste. On laisse seulement la portion du sac qui adhère le plus intimement à la trachée. Hémorragie peu considérable. Durée, 1 heure. — Le lendemain, hémorragie profuse, érysipèle. — Morte, 39 heures après l'opération. — Le kyste s'était rompu le 5 mai précédent, donnant issue à un demi-sceau de liquide filant, puis suppuration fétide. Poids de la tumeur enlevée : un peu plus de 7 livres. (Holmes, de *Londres*. — *Holmes*.)

Obs. VIII. — Femme de 29 ans ; 11 juillet 1874 ; début à 27 ans ; goître hypertrophique assez volumineux, atteignant surtout l'isthme.— Forte compression de la trachée, grande dyspnée, nausées, vomissements, constriction à la gorge. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision médiane ; l'isthme, qui avait la grosseur d'une noix, est compris entre deux ligatures en masse et excisé ; la trachée est à nu ; peu d'hémorragie. —Chute des ligatures le 17 ; la respiration est redevenue facile ; les lobes latéraux se sont écartés. Guérison quelques jours après. — Un traitement interne et externe avait produit une amélioration passagère ; la portion excisée renfermait un petit kyste. (Holthouse, Carsten, de *Londres*. — *Gibb*.)

Obs. IX. — Homme de 21 ans ; 13 novembre 1864. Goître existant depuis longtemps ; atteint toute la glande ; l'isthme forme une tumeur solide plus grosse qu'un œuf de poule.—Accroissement rapide ; asphyxie imminente.—Extirpation partielle ; énucléation de la tumeur de l'isthme, opération facile ; section et ligature des vaisseaux qui l'unissent aux lobes ; trachée à nu au fond de la plaie. — Deux heures après, trachéotomie. Le 14, expectoration muco-purulente mêlée à du sang. — Mort le 15. — A l'autopsie, on trouva un petit isthme unissant les deux lobes latéraux. Ces derniers étaient composés d'un grand nombre de tumeurs facilement isolables les unes des autres, renfermées dans une capsule commune ; elles étaient en partie solides, en partie liquides, de la grosseur d'une noix à celle d'un œuf de poule. (King, Kelburne, de *Hull*. — *King*.)

Obs. X. — Homme de 21 ans ; 9 mai 1865. Goître de toute la glande ; le lobe moyen a le volume d'un petit œuf de poule ; il est mobile.— Dyspnée et dysphagie croissantes. —

Extirpation partielle; chloroforme; incision médiane; énucléation facile de la tumeur de l'isthme; presque pas d'hémorragie (1/2 cuillerée à café). Disparition des symptômes. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XI. — Pas de détails. Forte dyspnée. Ligatures en masse avec du fil de chanvre. Pas de suppuration. — Guérison. (Lister, d'*Edimbourg*. — *Lister h.*)

Obs. XII. — Pas de détails. Forte dyspnée. Ligatures en masse avec du fil de chanvre. Un peu de tension dans la plaie. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XIII. — Jeune femme; 28 janvier 1880. Goître de dimensions modérées. — Dyspnée intense. — Extirpation totale. Ligature préliminaire des 4 artères thyroïdiennes, avec du chanvre; six ligatures; division de l'isthme; énucléation des deux lobes séparément; quelques portions de la tumeur restent adhérentes à la trachée; pas d'hémorragie; Lister. — Marche typique pendant 8 jours; le 9e, suppuration. Au bout d'un mois, élimination d'une ligature; 5 jours après, 4 autres. Exeat, avec une fistule; la dernière ligature fut éliminée vers le milieu de septembre. — Il s'agissait probablement d'un goître suffocant; au laryngoscope, on constatait que la paroi antérieure de la trachée était fortement refoulée en arrière. (Le même, à *Londres*. — *Ibid.*)

Obs. XIV. — Femme opérée en 1870. Goître existant depuis 26 ans. Tumeur solide, émanant d'une thyroïde accessoire, située à la partie antérieure et latérale droite du cou, du volume d'un très gros citron, ferme, élastique, mobile, douloureuse à la partie inférieure; longueur : 4 1/4 pouces, diamètre transversal : 5 pouces; larynx et trachée un peu déviés à gauche. Ponction : 1 once de sang artériel. Diagnostic : hyperplasie partielle du lobe droit. —

Dysphagie et dyspnée légères; voix très rauque; la parole manque de netteté; dans le décubitus dorsal, grande dyspnée, suffocations, toux.—Extirpation partielle; chloroforme. Incision de 6 pouces jusque profondément dans la tumeur; pas d'hémorragie. Enucléation facile; en arrière et en dedans, adhérences assez fortes. Au moment d'extraire la tumeur, forte hémorragie; ligature, pas de pédicule, mais des brides fibreuses allant de la tumeur au corps thyroïde; la carotide bat au fond de la plaie; sutures.—Le 8e jour, abcès à la nuque: fièvre, incision, amélioration; la voix redevient naturelle. Sortie le 22 juin.—Dix semaines après, la patiente retire de la plaie un cordon charnu, brun-rougeâtre; aussitôt après, cicatrisation.—Poids de la tumeur : 13 onces; diamètre : 3 1/2 à 4 pouces. Capsule épaisse, quelques noyaux d'ossification; la tumeur était composée de tissu thyroïdien et de quelques kystes sanguins. Après l'opération, on constata la présence du corps thyroïde, avec ses 2 lobes et l'isthme. (Poland, de *Londres*. — *Poland*.)

Obs. XV. — Femme de 23 ans; 20 juillet 1880. Début entre 19 et 20 ans. Goître parenchymateux du lobe droit, du volume d'un gros œuf de cane, mobile, fluctuation douteuse, isthme épaissi. — Désir de la patiente. — Extirpation partielle. Chloroforme, pulvérisation phéniquée; incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien; fortes adhérences fibreuses; hémorragie assez abondante par quelques branches déchirées de la thyroïdienne supérieure; ligatures de catgut. Isthme détaché de la trachée, ligature en masse (catgut); ablation du lobe droit et de l'isthme; sutures et drain de crin de cheval. Lister.—Dysphagie pendant 24 heures; guérison par première intention. Drain et sutures enlevés le 10e jour.—Guérison le 7 août.—Traitement externe sans résul-

tat. La tumeur renfermait un grand nombre de petits kystes et un grand kyste au milieu. Longueur : 3 1/4 pouces ; circonférence : 7 pouces. (PURCELL, de *Brompton.— Purcell.*)

OBS. XVI. — Femme de 27 ans; 16 décembre 1880. Début à 19 ans. Goître du lobe droit, du volume d'un œuf de dinde. — Dyspnée, suffocations, désir de la patiente. — Extirpation partielle. Chloroforme, incision de 0.05 à 0.06, à droite de la ligne médiane; énucléation facile; ligature de catgut autour du pédicule, ablation ; peu d'hémorragie; sutures d'argent, drainage; Lister. — Guérison complète au bout de 12 jours. — Traitement local et général sans résultat. Goître hypertrophique. (ROSE, W., de *Londres. — Hitchcock.*)

OBS. XVII. — Fille de 13 ans ; 28 septembre 1877; début à 10 ans. Goître solide, volumineux ; l'isthme s'étend depuis la fourchette du sternum jusqu'au ligament thyro-hyoïdien ; au-devant du ligament, autre tumeur ; les lobes, également hypertrophiés, s'étendent jusqu'au maxillaire inférieur; consistance ferme, adhérences avec la trachée, carotides refoulées en dehors. Circonférence du cou, 15 1/2 pouces. — Sténose mitrale. Dyspnée, accroissement de la tumeur.—Extirpation totale. — Chloroforme. Incision en T; beaucoup de grosses veines, ligature et section. Division des sterno-thyroïdiens, sterno-hyoïdiens et omo-hyoïdiens ; ligature en masse des 4 angles du goître ; excision de la tumeur en trois portions ; hémorragie peu considérable ; 14 sutures ; pansement à l'acide borique. La trachée, fortement comprimée latéralement, formait une crête au milieu. Durée : près d'une heure. — Respiration gênée, vomissements, trachéite, collapsus. — Morte le lendemain matin. — Iode, vésicatoires, etc., employés sans résultat. Poids : 1 livre 2 onces.

— Autopsie : les parois latérales de la trachée se touchaient presque. (Spence, d'*Edimbourg.* — *Chavasse.*)

Obs. XVIII. — Tumeur de l'isthme. Extirpation totale; hémorragie considérable au moment de la section des adhérences, qui étaient très vasculaires. — Guérison. (Le même, — *Watson*, p. 252.)

Obs. XIX. — Fille de 13 ans; opérée en 1877 ou 1878. Goître très volumineux, bridé par les omo-hyoïdiens, sterno-hyoïdiens et sterno-thyroïdiens. — Peu d'hémorragie ; il y avait une si forte compression de la trachée qu'on crut que la trachéotomie serait nécessaire. — Morte subitement, le lendemain matin, causée probablement par l'œdème de la glotte. (Le même. — *Spence.*)

Obs. XX. — Femme de 62 ans; début à 12 ans. Goître parenchymateux accessoire, à la partie inférieure du cou, sur le trapèze. — Ulcération, surface saignante. — Extirpation partielle. — La tumeur est composée de tissu thyroïdien normal, avec des cloisons de tissu fibreux. (Stanley, de *Londres.* — *Madelung*, p. 84.)

Obs. XXI. — Goître kystique anévrysmal, multilobaire. — Indication : état anévrysmatique du goître; hémorragie. Extirpation partielle. Incision de toute la masse de la tumeur; ablation rapide de toutes les parties accessibles du sac, hémorragie épouvantable; tamponnement avec des éponges et suture des lèvres de la plaie par dessus. Le (ou la) malade succombe entre les mains du chirurgien. — Antérieurement : ponction et injection. — (Syme, d'*Édimbourg.* — *Watson*, p. 252.)

Obs. XXII. — Femme opérée en mai 1871. Goître existant depuis des années. Goître parenchymateux, solide, sur la ligne médiane, du volume d'une orange, élastique, suit

les mouvements de la trachée.—Difformité, accroissement.—Extirpation totale. Incision médiane. En coupant les adhérences latérales, hémorragie abondante ; ligature d'une moitié de la tumeur, puis ligature préalable des thyroïdiennes supérieures et inférieures. Guérison rapide. (Watson, d'*Edimbourg*. — *Watson b.*)

Obs. XXIII. — Femme opérée en mai 1871 ; goître kystique multilobaire, du volume de deux poings. — Accroissement, anémie, léger exophthalmus.—Extirpation totale, longue incision médiane. (Pour le manuel opératoire, dans ce cas et les suivants, v. au chapitre de la *Médecine opératoire*). En coupant l'angle supérieur droit, la ligature glisse ; forte hémorragie ; compression avec une éponge, ligature isolée de la thyroïdienne supérieure droite, sutures, drainage, étoupe phéniquée, bandelettes adhésives, cravate.—Pas d'accident ; guérison en 15 jours, sauf au point où passaient les ligatures, qui furent retirées par une traction assez forte, au bout d'un mois.—A l'époque où il n'y avait qu'un kyste, on avait fait une ponction suivie d'injection. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXIV. — Femme opérée en automne 1871 ; Goître kystique multilobaire. —Anémie ; exophthalmus. — Extirpation totale. Ligatures de catgut. Guérison en 3 semaines. — L'anémie et l'exophthalmus diminuèrent sensiblement après l'opération. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXV. — Femme ; 1er mars 1872. Goître kystique multilobaire. — Extirpation totale. Guérison. — (Le même, *ibid.*)

Obs. XXVI. — Opération faite en février 1872. Goître existant depuis 23 ans, ayant le volume d'un gros poing ; pulsatile.—Anémie, exophthalmus.—Extirpation totale. Au bout de 6 semaines, la plaie n'était pas encore fermée, à cause de la rétention d'un lambeau de tissu mortifié. — Après

la guérison, formation d'un anévrysme artérioso-veineux, du volume d'une petite noix, émanant de l'artère thyroïdienne supérieure droite. Guérison en trois semaines, par le repos. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXVII. — Pas de détails. Extirpation totale, suivant sa méthode. Guérison. (Le même. — *Le même a.*)

Obs. XXVIII. — Pas de détails. Extirpation totale, suivant sa méthode. Guérison. (Le même, *ibid.*)

Obs. XXIX. — Goître très volumineux. — Extirpation totale; adhérences à la trachée. Après l'application des 4 ligatures en masse, lésion d'une grosse veine dans le sillon trachéo-œsophagien. En voulant détacher rapidement la trachée, qui était ramollie, au moyen du bistouri, celle-ci fut blessée : aspiration d'une grande quantité de sang : trachéotomie. — Mort dans la soirée, à la suite du sang aspiré. — (Le même, *ibid.*)

Obs. XXX. — Femme de 28 ans; 10 novembre 1877; début à 14 ans. Goître kysto-parenchymateux, s'étendant du bord supérieur du cartilage thyroïde au milieu du sternum. Circonférence : 24 pouces; diamètre transversal : 9 pouces; élastique, lobulé, fluctuation en plusieurs points; artères thyroïdiennes volumineuses et visibles; veines nombreuses, dilatées. — Dysphagie, douleurs, poids; désir de la patiente. — Extirpation totale. Lister. Incision médiane allant du cartilage thyroïde, au milieu du sternum. Isolement du pédicule par la voie mousse; ponction du kyste : 24 onces d'un liquide foncé, sanguinolent; hémorragie venant d'une grosse branche de l'une des thyroïdiennes : ligature médiate; isolement et ligature double de tous les vaisseaux nourriciers (fil de chanvre), puis section; division et ligature d'une grosse artère sur la ligne médiane (thyroïdienne moyenne ?);

larynx, trachée, grands troncs vasculaires et muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens mis à nu. Hémorragie totale : 8 onces. Drainage. Lister. — Réaction pendant les premiers jours. Le 29, phlébite de la saphène interne droite, œdème considérable : chaleur humide, compression. Le 23 décembre, phlébite de la saphène interne gauche ; même traitement. Se lève le 1er janvier. Le 19, on excise une partie de la peau exubérante. Le 1er février, plaie presque cicatrisée, sauf un petit trajet. Une ligature fut éliminée le 17 décembre.— Antérieurement, ponctions répétées : grande quantité de liquide foncé ; injection de teinture d'iode ; électrolyse. Dans l'intérieur de la tumeur, on trouva des restes de cloisons. Les parois étaient très épaisses et constituées par du tissu thyroïdien. La partie solide pesait une livre et un quart. (Wood, John, de *Londres*.— *Wood* John.)

D. Opérateurs américains.

Obs. I. — Même femme que celle de l'observation XI. Tumeur fibro-kystique de toute la glande, prise pour un kyste simple. — Extirpation partielle. Section de la jugulaire externe, ablation de la partie supérieure de la tumeur ; ligature des vaisseaux ; sutures. Guérison. (Anonyme. *Canada. — Hodder.*)

Obs. II. — Femme. Pas de détails. — Pendant l'opération, hémorragie veineuse incoercible et mort. (Anonyme. *New York. — Wood.*)

Obs. III. — Pas de détails. Quatre doubles ligatures en masse ; hémorragie veineuse violente. Mort le lendemain. (Anonyme. *New York. — Ibid.*)

Obs. IV. — Veines colossales, opération inachevée à cause de l'hémorragie veineuse. (Anonyme. *New York. — Ibid.*)

Obs. V. — Femme de 36 ans, opération faite en 1869. Goître parenchymateux du lobe droit, pédiculé, pyriforme; longueur, 3 1/2 pouces; pourtour, 4 pouces. — Extirpation partielle, forte hémorragie. Guérison en 4 semaines. (Blackman. *États-Unis. — Blackman.*)

Obs. VI — Femme de 21 ans; 8 juin 1872. Début à 3 ans. Goître kysto-parenchymateux, trilobé, lobe central énorme. Circonférence à la base, 17 1/2 pouces; veines sous-cutanées très volumineuses. — Dyspnée croissante. — Extirpation totale. Incision médiane, hémorragie veineuse colossale; les veines se déchirent comme du papier; il y a un prolongement de la tumeur entre la trachée et l'œsophage; le pédicule, de la grosseur de deux doigts, adhère à la trachée; ligature et section; 8 sutures. — Guérison le 29 juillet. — Plusieurs ponctions avaient donné issue à du liquide séro-sanguinolent; on fit plusieurs injections de teinture d'iode. Poids : 2 livres 14 onces, dont environ 6 onces de liquide. (Fenwick. *Canada. — Fenwick.*)

Obs. VII. — Opération faite en 1876. Pas de détails. Guérison. (Gay. *Boston. — Gay.*)

Obs. VIII. — Femme de 45 ans, opérée au mois d'août 1866. Début à 24 ans. Goître volumineux du lobe droit, légère hypertrophie du lobe gauche; carotide droite fortement refoulée en dehors, trachée déviée à gauche. — Dyspnée considérable, suffocations, dysphagie, congestions vers la tête, indication vitale. — Extirpation totale. Éther. Longue incision; division du sterno-cléido-mastoïdien; veines volumineuses en grand nombre, tuniques très minces, déchirées par le doigt et les ligatures; hémorragie veineuse épouvantable. Lésion de la jugulaire interne, qui adhère à la tumeur, ligature; le pédicule, contenant trois grosses

artères, est lié en trois portions; grand épuisement. Sutures, pansement à l'eau. Durée : 22 minutes. — Réaction modérée, œsophagite, trachéite. Guérison en 5 semaines. — Traitement à l'iode sans résultat. Poids de la tumeur : 1 livre 9 onces — 1 kilogramme 6 grammes. (Greene, *Warren. Portland, États-Unis. — Greene a.*)

Obs. IX. — Femme de 40 ans; 25 octobre 1869. Début à 33 ans. Goître du lobe droit, du volume d'une petite orange. — Dysphagie considérable, croissante; menace de mort par inanition. — Extirpation partielle. Éther. Incision de 5 pouces sur la partie la plus proéminente; énucléation mousse, adhérences solides avec l'œsophage; ligature en deux portions du pédicule formé par ces adhérences, et dans lequel se trouvent deux grosses artères. Hémorragie de moins d'une once; ligature de trois petits vaisseaux superficiels; fils ramenés au-dehors, sutures d'argent, pansement plat.— Pendant 4 ou 5 jours, déglutition très douloureuse, guérison par première intention, sauf à l'angle inférieur; chute des ligatures le 20e jour. Guérison complète le 1er décembre. (Le même. — *Le même b.*)

Obs. X. — Femme de 35 ans; 20 janvier 1870. Début à 15 ans. Goître très volumineux de toute la glande, depuis le menton jusqu'au devant du sternum, plongeant en outre derrière les clavicules; pulsations dans toute la tumeur; veines nombreuses et volumineuses ; à droite, amas de masse calcaire et frémissement anévrysmal. — Dyspnée et dysphagie intenses, céphalalgies, vertiges; poids considérable de la tumeur; danger de mort par asphyxie. — Extirpation totale. Éther, incision médiane depuis le menton jusqu'au sternum; les veines et artères amincies se déchirent; hémorragie artérielle et veineuse épouvantable ; l'opérateur

achève rapidement l'énucléation, saisit le pédicule et le lie en deux portions tout près de la trachée ; ablation de la tumeur, ligature de sept petites artères ; la ligature de la thyroïdienne inférieure gauche glisse : violent jet de sang. Cette artère était aussi grosse qu'une carotide normale ; ligature en masse de tout le pédicule, sutures d'argent, pansement simple. — Le 10e jour, hémorragie secondaire, compression digitale pendant 72 heures. La dernière ligature tombe le 21e jour ; la femme se lève au bout de 4 semaines. — La voix, qui avait complètement disparu une semaine avant l'opération, redevint normale. Le poids de la tumeur fut évalué à 5 livres. (Le même, *ibid.*)

Obs. XI. — Jeune fille de 18 ans (la même que celle de l'observation N° 1) ; 31 octobre 1872 ; tumeur fibro-kysto-parenchymateuse du reste de la glande (lobe droit). — Compression du larynx, de la trachée et de l'œsophage. — Extirpation partielle. Chloroforme. Incision dans la cicatrice ; forte hémorragie, surtout veineuse ; adhérences intimes avec le cartilage thyroïde ; ligature des thyroïdiennes supérieure et inférieure droites ; sutures. Pansement au lint (charpie anglaise). — Aux dernières nouvelles, 20 jours après l'opération, l'état de la patiente était satisfaisant, mais les ligatures tenaient toujours. — La partie supérieure, fibro-kystique, était du volume d'un œuf, à contenu grisâtre ; la partie inférieure, longue de 4 pouces, était formée par du tissu thyroïdien hypertrophié. (Hodder, de *Toronto*, Canada. — *Hodder.*)

Obs. XII. — Garçon de 9 ans ; 10 juin 1874 ; goître solide congénital, adhérences intimes avec l'un des lobes du corps thyroïde. — Extirpation partielle. Incision de deux pouces ; la tumeur a le volume d'une grappe de raisin ;

dissection, hémorragie parenchymateuse abondante. — Résultat non indiqué. (Massachusetts general hospital, *Boston*. — *Beach*.)

Obs. XIII. — Femme de 23 ans; opérée en 1871. Début à 9 ans; goître kysto-parenchymateux volumineux. — Extirpation totale, chloroforme; incision verticale de cinq pouces et une seconde horizontale. Pas d'hémorragie. — Le 3e jour, léger érysipèle de la face et du cou; plaie intacte; le 21e jour, pneumonie. Aux dernières nouvelles la plaie n'était pas encore complètement cicatrisée. — Cautérisation à l'électricité sans succès. (Maury, *de Philadelphie*. — *Maury*.)

Obs. XIV. — Opération faite en 1877. Pendant l'opération, hémorragie en nappe abondante, compression prolongée. — Guérison. (Nelson, *Wolfred*, Canada. — *Nelson*.)

Obs. XV. — Homme de 34 ans, mulâtre; 1er juillet 1863. Début à 30 ans. Goître parenchymateux volumineux du lobe droit, pris pour un kyste, s'étendant du maxillaire inférieur à la clavicule, et du trapèze jusqu'au delà de la trachée. — Accès de suffocation. — Extirpation partielle. Chloroforme, grande incision +, isolement de la tumeur reliée par sa base au lobe droit, lequel était sain; ligature de la thyroïdienne inférieure; le pédicule renferme beaucoup de gros vaisseaux; violente hémorragie due à une légère incision dans la tumeur; opération inachevée, sutures métalliques; 14 ligatures. — Durée, 2 1/2 heures. Réunion par 1re intention, sauf au point de passage des ligatures. — Par l'emploi de l'iode intus et extra, la tumeur fut réduite à la moitié de son volume 23 jours après l'opération. (Smith, *Missouri*. — *Smith*.)

Obs. XVI. — Femme de 54 ans; début à 12 ans. — Goître du volume d'un poing, aplati d'avant en arrière,

siégeant plus à gauche qu'à droite; trachée refoulée à droite. —Grande dyspnée et dysphagie; impossiblité de se coucher; désir de la patiente.—Longue incision médiane; à gauche, la tumeur plonge derrière le sternum; hémorragie veineuse très violente, qui ne cessa que lorsque l'on eut mis la chaîne de l'écraseur. —Guérison. — Iode sans résultat. La tumeur était un goître colloïde, fibreux et vasculaire. (Voss, *New York*. — *Voss*.)

E. Opérateurs italiens.

Obs. I. — Femme de 57 ans; opérée en 1868; début à 49 ans. Goître du volume d'une tête de nouveau-né. — Accroissement rapide.—Très peu d'hémorragie; 22 ligatures ramenées au-dehors. Lister. — Réaction pendant 3 jours; cicatrisation au bout de 8 jours, sauf au point de passage des fils. — Poids, 810 grammes. (Albertini, *Milan*. — *Albertini*.)

Obs. II. — Femme de 28 ans; 22 janvier 1878; début dans l'enfance. Goître parenchymateux du volume d'une tête de nouveau-né, occupe toute la face antérieure du cou, pénètre derrière le sternum et enveloppe le larynx et la trachée; voix faible.—Forte dyspnée, sibilation, aggravation des phénomènes, désir de la patiente. — Extirpation totale; chloroforme; incision ovalaire comprenant la cicatrice (v. plus loin); fortes adhérences par suite des opérations antérieures; section des vaisseaux entre deux ligatures de soie; 52 ligatures dont la moitié reste dans la plaie. Trachée complètement déformée en forme de S; 10 sutures entortillées. Lister; ligatures à l'extérieur. Durée environ 30 minutes. — Presque pas de fièvre (maximum 38° le 4e jour); réunion par première intention; aiguilles retirées au bout

de 48 heures ; une seule des ligatures tient pendant plus de trois semaines. — Une tentative d'extirpation, faite en 1868 par Albertini, avait déterminé dès le début de l'opération une hémorragie telle, que le chirurgien y renonça. La malade faillit succomber aux suites de la suppuration qui s'ensuivit. Une cautérisation au fer rouge pratiquée environ trois ans après, amena de nouveau une hémorragie très violente et resta sans résultat. La plaie suppura encore une fois pendant plusieurs années. Quelques autres traitements furent encore essayés, mais sans succès, au contraire. (Bottini, *Pavie*. — *Bottini*, *a*.)

Obs. III. — Homme de 40 ans ; 19 mars 1878. Début il y a environ 2 1/2 ans. Goître parenchymateux du côté droit, arrondi, bosselé, du volume d'une petite citrouille, plonge dans la fossette jugulaire ; veines volumineuses ; la jugulaire antérieure a la grosseur de l'index, trachée refoulée à gauche, comprimée.—Forte dyspnée, augmentant de plus en plus ; parle avec difficulté. — Extirpation partielle (?). Chloroforme ; 54 ligatures de catgut, dont la moitié reste dans la plaie ; hémorragie capillaire assez considérable ; sutures entortillées ; Lister. —Aiguilles retirées au bout de 36 heures. Pas de réaction. Réunion par première intention. Exeat, le 12 avril. — Poids de la tumeur ; 160 grammes ; grand diamètre, 0,10 ; transverse, 0,08 ; circonférence, 0,23. Examen microscopique : adénome. (Le même. — *Bottini b*.)

Obs. IV. — Jeune fille de 18 ans ; opérée en juin 1878 ; goître du volume d'une tête d'enfant, bilobé : une grosse tumeur médiane, kystique, et une autre, à gauche, solide. — Extirpation totale. Énucléation facile de la tumeur médiane ; celle de l'autre tumeur est laborieuse. En serrant avec une ligature une grosse veine, celle-ci se rompt ; forte

hémorragie ; le vaisseau est si volumineux qu'aucune pince ne peut le saisir tout entier ; compression digitale. Il fallut une demi-heure pour arrêter cette hémorragie ; 75 ligatures, drainage.—Réaction faible ; l'opérée se lève le 5e jour ; réunion par première intention, sauf au point de drainage. — Poids : 627 grammes. (LE MÊME. — *Ibid.*)

OBS. V. — Homme de 43 ans ; 14 février 1880 ; début à 19 ans. Goître folliculaire, siégeant à la partie antérieure du cou, plus gros qu'une tête d'homme ; il mesure : transversalement, 0,70 ; verticalement, 0,28 ; du lobule de l'oreille droite, à l'insertion du sterno-mastoïdien gauche, 0,43 ; idem de l'autre côté, 0,39 ; veines sous-cutanées très grosses ; l'une d'elles a le volume de la veine-cave ; la base de la tumeur est adhérente, la consistance molle.—Dyspnée marquée. — Extirpation totale. Incision en raquette ; hémorragie importante ; une centaine de ligatures, suture entortillée, drainage. Marche satisfaisante jusqu'au 24, puis frisson, fièvre, prostration. — Mort le 5 mars. (LE MÊME. — *Boursier*, p. 186.)

OBS. VI. — Jeune homme de 19 ans, opéré en 1880 ; début, il y a deux mois ; goître folliculaire du côté droit, du volume d'un œuf de poule. — Extirpation partielle. Chloroforme, incision linéaire, suture entortillée, drainage. — Rien à noter. — Guérison en 12 jours. (LE MÊME. — *Ibid.*)

OBS. VII. — Femme de 60 ans ; 3 mai 1880 ; début, il y a environ un an ; il existe deux tumeurs latérales, grosses comme des oranges.—Compression de la trachée. Dyspnée. — Extirpation totale ; anesthésie locale, incision médiane ; la tumeur à droite est très vasculaire ; hémorragie assez abondante ; ensuite énucléation de l'autre tumeur ; une centaine de ligatures doubles, suture entortillée, drainage.—

Réunion par première intention. — Guérison en 20 jours. — La tumeur était un goître vasculaire et folliculaire. (Le même. — *Ibid.*, p. 187.)

Obs. VIII. — Femme de 25 ans, opérée en 1879. Début, il y a plusieurs années; goître colloïde, du volume d'une orange, mou, élastique. — Grande dyspnée, suffocations à la plus légère pression sur la tumeur; déglutition difficile, même douloureuse. — Extirpation totale (?). Incision médiane; isolement de la tumeur jusqu'à la trachée; ligature double des vaisseaux avant la section (fil de catgut); incision de toute la capsule et du sac; évidement avec le doigt, puis dissection du sac, sauf au point adhérent à la trachée; les bords de la capsule sont cousus en bas aux lèvres de la plaie cutanée, drainage; en haut, sutures. — Marche sans incident, presque pas de fièvre. Guérison après un mois. (Dionisio, *Turin*. — *Dionisio.*)

Obs. IX. — Homme de 46 ans; 18 août 1864. Début à 31 ans. Tumeur énorme, allant du larynx à l'ombilic; le patient doit la soutenir des deux mains; multilobaire, molle, un peu ulcérée en bas, sillonnée de gros troncs veineux. — Diagnostic : broncho-lipocèle. — Gêne respiratoire dans certaines positions; poids; désir du patient. — Extirpation partielle; pas de chloroforme. Incision circulaire autour de la base de la tumeur, dissection du lambeau très laborieuse; grand nombre de veines très volumineuses, coupées entre 2 ligatures; ligatures en masse autour du pédicule, ablation de la tumeur à quelques centimètres en avant. Sutures, bandelettes agglutinatives, ligatures ramenées au dehors, pansement simple. — Suppuration assez considérable. — Exeat; complètement guéri le 20 septembre. — La portion enlevée pesait 5500 grammes;

elle se composait de tissu thyroïdien et de tissu lipomateux. Un an après, aucune trace de récidive. (Perassi, *Turin.* — *Perassi.*)

Obs. X. — Jeune femme. Goître colloïde et folliculaire avec un kyste volumineux. — Forte compression de la trachée. — Extirpation totale. Une partie de la tumeur fut enlevée, l'autre liée ; mais comme les ligatures comprimaient la trachée, elles furent remplacées par des pinces de Péan et de Billroth, laissées en place pendant 48 heures. Au moment de la chute de l'une des pinces, forte hémorragie : perchlorure de fer. Guérison. (Ruggi, *Bologne.* — *Ruggi.*)

F. Opérateurs russes.

Obs. I. — Jeune femme de 17 ans. Le lobe moyen avait la grosseur d'un œuf d'oie.—Compression de la trachée.—Extirpation partielle. Emploi de l'éther ; une trentaine de ligatures artérielles. Résultat ? (Pirogoff. — *Pirogoff.*)

Obs. II. — Femme de 44 ans ; opération faite en 1878. Début à 19 ans. Tumeur du lobe droit, ayant le volume d'une tête d'enfant de 6 mois.—Extirpation partielle. Lambeau à base supérieure ; énucléation facile ; ligature d'un certain nombre de veines et des 2 thyroïdiennes ; ligature de la base en 4 portions, ablation de la tumeur ; pansement par occlusion.—Forte fièvre pendant 11 jours ; guérison retardée par un érysipèle survenant vers la fin.—Guérison au bout de 70 jours. (Savostitzky, *Moscou.* — *Savostitzky.*)

Obs. III. — Femme de 43 ans, opération faite en 1878. Début à 36 ans. Goître kysto-parenchymateux de toute la glande, du volume d'un gros poing.—Dyspnée, dysphagie. — Extirpation totale. Lambeau à base supérieure ; hémorragie considérable ; 47 ligatures de catgut. Ligature en masse de

la base, puis ablation de la tumeur. Pendant le pansement, hémorragie récurrente violente ; beaucoup de ligatures avaient glissé; nouvelles ligatures ; une partie des vaisseaux furent comprimés avec des éponges trempées dans du perchlorure de fer. Durée : 5 heures.—Glace, pansement à l'acide salicylique et à l'acide borique. Le 3e jour, érysipèle.—Guérison après 58 jours.—Le lobe droit était un goître colloïde, le lobe gauche, un goître kystique. (STUKOWENKOFF, *Moscou. — Stukowenkoff.*)

G. Opérateurs suédois.

OBS. I. — Goître colloïde. Pas de détails. Guérison. (BERG.—*Berg.*)

H. Opérateurs belges.

OBS. I. — Femme de 31 ans: 16 novembre 1881. Début à 21 ans. Goître parenchymateux des trois lobes, du volume de deux poings, le lobe moyen plonge derrière le sternum.— Violents accès de dyspnée, dès que la patiente se livre au moindre exercice.—Extirpation totale. Chloroforme. Incision médiane depuis l'os hyoïde jusqu'au sternum; le lobe droit s'enfonce entre la trachée et l'œsophage ; nerf récurrent droit mis à nu ; on détache d'abord le lobe droit, puis le lobe gauche et enfin le médian ; presque pas d'hémorragie. Lister.—Guérison complète le 7e jour. La voix devint rauque après l'opération. — Antérieurement, 10 injections parenchymateuses de teinture d'iode, sans aucune amélioration. (HICGUET, *Liége. — Communication personnelle.*)

OBS. II. — Femme de 41 ans; 17 novembre 1881. Début à 29 ans. Goître de toute la glande, du volume d'un très fort poing d'adulte ; lobe gauche rénitent,

élastique, présente une fausse fluctuation ; lobe moyen, fluctuant, en partie pâteux, plonge derrière le sternum ; lobe droit charnu, pâteux. — Diagnostic : goître adéno-kystique. — Accroissement rapide à la suite d'un accouchement ; accès de dyspnée intense et de dysphagie ; amenée à l'hôpital dans un état asphyxique. — Extirpation totale. Incision médiane allant de l'os hyoïde au sternum ; le lobe gauche est engagé entre la trachée et l'œsophage. Pendant qu'on dégage le lobe moyen de derrière le sternum, l'opérée devient livide, se couvre de sueur froide, plus de pouls ni de respiration, trachéotomie. La patiente revient à elle ; on enlève le lobe kystique et le lobe moyen, et l'on divise les attaches de la tumeur à la trachée et au larynx. Pendant l'isolement du lobe droit, le pouls disparaît de nouveau : ligature en masse sur la partie encore adhérente du lobe droit et ablation ; presque pas d'hémorragie ; Lister. — Suites bonnes ; canule enlevée le 24 décembre (je présume que M. Hicguet aura voulu dire : 24 novembre) ; la respiration reste normale. Le 2 décembre, au moment où l'opérée (guérie) quittait l'hôpital, survint une hématémèse qui l'emporta en quelques minutes. (Le même. — *Communication personnelle.*)

SYNONYMIE.

Latin. — Struma, bronchocèle, trachéocèle, botium, bocium, botius, guttur tumidum s. turgidum, tumor tuberosus, trachelophyma, hernia gutturalis, s. bronchialis, gossum, exechebronchos, gongrona, thyrophraxia.

Français. — Goître : goître simple, goître vrai, goître solide, goître hypertrophique, goître parenchymateux, goître glandulaire, goître folliculaire, goître hyperplasique

(ou plusieurs de ces désignations combinées), bronchocèle, trachéocèle, thyrocèle, goître sarcome, thyrophraxie, cou gras, grosse-gorge.

La forme sous-sternale s'appelle : goître sous-sternal, goître rétro-sternal, goître plongeant, goître suffocant, goître en dedans; en latin : struma interna.

Allemand. — Kropf, Kropfgeschwulst, Kropf-Knoten (ce terme sert à désigner un goître circonscrit à une portion d'un lobe du corps thyroïde : goître central, goître fibreux), dicker Hals, Drüsenkropf, Satthals, Blaehhals, Kehlbruch, Struma, Struma glandulosa, ou hypertrophica, ou follicularis, ou lymphatica, ou hyperplastica, ou parenchymatosa.

Anglais. — Goître, bronchocele, enlargement of the thyroid body, Derby-neck, Derbyshire neck.

Italien : Gozzo.

HISTORIQUE.

Les œuvres d'Hippocrate ne contiennent aucune mention du goître. Celse (mort l'an 38 de notre ère) est le premier qui parle de l'extirpation de ce genre de tumeurs. Seulement, dans le passage en question, il s'agit non du goître parenchymateux, mais du goître kystique. Après en avoir donné la description et parlé de leur destruction au moyen des caustiques, il dit : « Sed scalpelli curatio brevior est. » Mediò tumore una linea inciditur usque ad tunicam, » deinde vitiosus sinus ab integro corpore digito separatur, » totusque cum velamento suo eximitur... Si quando autem » tunica eximi non potuerit, intus adspergenda adurentia, » linamentisque id curandum est, et cæteris pus moventibus. »

Le passage suivant, de Galène, se rapporte évidemment

non au goître, mais à des tumeurs ganglionnaires : « Quum ergo ex cervice quidam strumas in profondo sitas » excideret, ac deinceps nesecaret aliquod vas, membranas » non specillo cæderet, sed unguibus evelleret, imprudens » ob ignorantiam simul recurrentes nervos distraxit, atque » hoc pacto puerulum liberavit a strumas, sed mutum red- » didit... Mirabantur vero omnes, quod neque aspera arte- » ria neque gutture quicquam affecto, vocem laedi con- » tingeret. »

(Je ferai remarquer ici qu'il règne dans les auteurs de l'antiquité et du moyen-âge une grande confusion au sujet du genre de tumeurs qui nous occupe. Sous la désignation de *struma*, *bronchocele*, ils rangent dans une même catégorie non seulement les diverses tumeurs du corps thyroïde, mais aussi les autres néoplasmes du cou, et parfois même les adénopathies chroniques.)

Parmi les chirurgiens du moyen-âge qui auraient parlé de l'extirpation du goître, on cite généralement Albucase, médecin arabe, de Cordoue (mort vers 1105 ou 1106). J'ai lu attentivement les passages où il est question des tumeurs du cou, et j'ai acquis la conviction que l'espèce de tumeurs pour lesquelles il recommande l'exérèse, n'est pas le goître. Dans le chapitre 42 (Lib. II), de son ouvrage intitulé : *Methodus medendi*, publié à Bâle, en 1541, par Hieron. Gemusaeus, il n'est question que des tumeurs formées par les ganglions lymphatiques *(apostemata in collo et sub ascellis et in inguinibus)*. Au chapitre 44, il parle de l'« *apostema quod accidit in gutture exterius et nominatur hernia gutturis.* » Il distingue entre l'*apostema naturale* et l'*apostema accidentale*. La description qu'il donne de ce dernier ne permet pas de croire qu'il ait eu en vue le goître solide ; il

paraît même comprendre, sous cette dénomination, des tumeurs de différente nature. Il conseille de n'attaquer avec l'instrument tranchant que l'« *apostema accidentale simile nodo pingui, non suspensum aliqua venarum* », et encore seulement « *nisi si quod est parvum.* » Quant aux autres formes d'*apostema accidentale*, il dit : « *in ipso est timor, nec tutum est hoc ferro attingere.* »

En ce qui concerne l'*apostema naturale*, qui est le goître réel, il dit : « *In naturali vero non est cogitandum de remedio.* »

Guenther (p. 370), dit également qu'il n'a trouvé dans Albucase aucun passage relatif à l'extirpation du goître.

Je me suis étendu un peu longuement sur l'exposé des opinions d'Albucase, parce que cet auteur a exercé une grande influence sur les chirurgiens du moyen-âge.

On cite encore comme partisans de l'exérèse, Severinus, (*De efficaci chirurgia*, chap. 133); Paul d'Egine, (Lib. VI, cap. XXXV); Aëtius (IV, serm. III, cap. VI); Jean de Vigo (1512, *Practica*; Lugduni, 1582. Lib. IX, cap. XXX), mais je n'ai trouvé, dans aucun de ces auteurs, un seul passage qu'on puisse interpréter dans ce sens. Dans Severinus et Paul d'Egine (650), il ne s'agit que de ganglions lymphatiques. Aëtius, au chapitre du *bronchocele, hoc est gutturis tumor*, ne parle pas de l'extirpation. Le chapitre intitulé : *de strumis*, ne traite que des glandes lymphatiques et peut-être de ce qu'on appelle aujourd'hui *lymphomes*.

Jean de Vigo, en 1512 (chap. XXX, *de botio colli et gulae*) ne parle pas de l'extirpation. Il conseille seulement de traiter par l'incision les goîtres ramollis (kysto-parenchymateux).

Guy de Chauliac (1363), est cité par tous les auteurs

comme un partisan de l'exérèse. Ici encore le résultat de mes recherches a été négatif. Voici comment il s'exprime au chapitre *De Botio* (*Chirurgia magna*, Tract. II, Doct. II, cap. III. Lugd. 1572) : « Botium naturale secundum Albu-
» casim non recipit curam. Botium quod est intrinsecum
» (sic) nervis et arteriis, cum securitate omnino operatur.
» Botium quod occupavit has (sic) partes est dimittendum.
» Quocumque modo botium extirpare corrosione et inci-
» sione in collo secundum Arnoldum est verendum. »

Il est évident que dans ce passage un copiste ignorant a attribué au mot *omnino* un sens négatif, et a supprimé la négation *non*.

C'est du reste aussi l'opinion de l'auteur d'une traduction française, de 1632 (Rouen), du nom de Laurent Joubert, qui a rendu ce passage comme il suit : « Au goître qui est entrelacé de nerfs et artères on n'opère point seurement. » Le même auteur traduit « *has partes* » par « les deux costez » (*duas* au lieu de *has*), ce qui paraît plus correct.

Ambroise Paré (1517-1592) ne parle pas de l'extirpation. Du reste il ne dit que quelques mots du goître.

Fabrice d'Aquapendente, médecin italien (1537-1619), parle longuement des tumeurs du cou. Il conseille l'ablation des tumeurs strumeuses (*Struma*.—Livre I, chap. XXX), c'est-à-dire des ganglions lymphatiques malades. Quant au goître solide, qu'il appelle *tumor tuberosus* « qui vulgo *gozzo* appellari solet », voici ce qu'il en dit (Livre II, chap. 42), avec un jeu de mot : « quos chirurgia curare non est opus
» quia de eo nil curat patiens. » Il ajoute cependant : « quos
» tamen si curarem, eadem progrederer curatione de qua in-
» fra. » Il décrit ensuite, d'après Celse, les opérations dirigées contre le goître kystique « bronchocèle » et se rallie à l'opi-

nion de cet auteur qui donne la préférence à l'extirpation.

Le premier auteur qui rapporte en termes précis un cas d'extirpation de goître, est Fabrice de Hilden, médecin suisse (1560-1634). La relation en est assez curieuse pour mériter d'être reproduite presque en entier. (Je traduis d'après la version allemande) :

L'auteur dit qu'il fut appelé en consultation à Genève « auprès d'une fille unique, âgée de dix ans, atteinte d'un goître du côté droit. La tumeur, à cause de ses adhérences intimes avec la trachée et les nerfs récurrents, gênait la respiration et la voix, et comme cela pouvait faire d'elle plus tard un être difforme et l'empêcher de se marier, la mère me demanda d'extirper le goître. Comme celui-ci était à peine de la grosseur d'un œuf d'oie, elle s'était persuadée que cela pouvait se faire, et même sans danger. » Mais ni Fabrice ni le médecin traitant ne voulurent toucher au goître, « craignant non seulement la dangereuse hémorragie, mais aussi l'altération et la perte de la voix, attendu qu'il paraissait que les vaisseaux du cou et les nerfs récurrents du même côté étaient entourés par ce goître. » Peu de temps après arriva dans la ville « un criminel individu » auprès duquel on conduisit l'enfant. Il promit témérairement d'enlever le goître aisément et sans danger. Il fut payé d'avance. « Mais lorsqu'il eut mis » le rasoir (sic) et comme il coupait encore, la pauvre fille » rendit son âme à Dieu. » Le criminel empirique fut jeté en prison. L'auteur ajoute qu'il raconte cela aux débutants, afin que dans des cas semblables ils soient circonspects et prudents.

Günther cite un certain nombre de chirurgiens du 18me siècle qui pratiquèrent la thyroïdectomie; Forestor, Ful-

vius, Gherli, Walther, etc. C'est à tort qu'on prétend que J.-L. Petit, en France, et Gooch, en Angleterre, la firent également; il sera question plus loin de ces deux chirurgiens. Dionis donne une description du manuel opératoire, de même que Heister (1683 à 1758). Ce dernier doit l'avoir pratiquée plusieurs fois, car il dit qu'il n'a jamais été forcé d'employer le cautère actuel pour arrêter l'hémorragie.

Foderé (p. 118, § 57) rapporte plusieurs cas d'extirpation; mais la relation qu'il en donne est trop vague pour qu'on puisse les considérer comme bien authentiques. Desault fit cette opération deux fois; la première fois le malade guérit.

Mais malgré quelques succès, l'extirpation du goître ne parvint pas à s'implanter dans la pratique chirurgicale, car les revers n'avaient pas manqué. Plusieurs malades étaient morts d'hémorragie pendant ou fort peu de temps après l'opération; d'autres fois celle-ci n'avait pas même pu être achevée. Wichmann (1794) porte le jugement suivant : « Vouloir extirper un goître à peu près comme on enlèverait une glande squirrheuse, n'est-ce pas en bon allemand littéralement couper la gorge à son patient? »

Tout cela n'empêcha cependant pas de temps en temps des chirurgiens hardis de tenter de nouveau cette opération, surtout en Allemagne. Hedenus, père (vers 1800), la pratiqua six fois avec succès. Il fut suivi par Kergel, Walther, Weiss, Graefe, etc. D'autres furent moins heureux. Aussi voyons-nous même des chirurgiens aussi hardis et aussi éminents que Dieffenbach et Chelius, père, déconseiller l'extirpation en termes énergiques. Le premier dit : « Nous ne pouvons songer qu'avec horreur (*Schaudern*) à ces entreprises téméraires. » Et ailleurs, après avoir énuméré les

trois accidents qui peuvent survenir pendant l'opération, il ajoute comme quatrième : *la mort*. Il résume ensuite son appréciation en ces termes : « On pourrait appeler l'opération tout entière un accident fâcheux. »

Même des traités aussi récents que ceux de Bardeleben (1875) et de Linhart (1874) répudient encore la thyroïdectomie en termes catégoriques. Ce dernier dit que l'opération reste toujours téméraire (*tollkühn*), même lorsqu'elle est pratiquée par un chirurgien habile dans un cas désespéré. Il admet toutefois l'extirpation du goître kysto-parenchymateux, lorsque celui-ci est mobile et n'a que des attaches légères avec le corps thyroïde.

A l'heure qu'il est, grâce surtout aux succès vraiment surprenants obtenus par Billroth, Lücke, Bruns, Kocher, Rose, les deux Reverdin, etc., l'opération tend à se généraliser en Allemagne au point d'être pratiquée, et avec succès, même par des chirurgiens de second ordre.

En ce qui concerne la France, on attribue ordinairement la première opération, faite dans ce pays, à J.-L. Petit. Je n'ai pu trouver, dans les œuvres de ce chirurgien, aucune mention d'une extirpation faite par lui-même. Il se contente d'en rapporter une, exécutée par un chirugien qu'il ne nomme pas. Voici le passage en question : « L'exemple » de Madame *** me fait trembler. Elle avait un gouêtre ou » bronchocèle qui, depuis trois ou quatre ans, nuisait plus » à sa beauté qu'à ses fonctions. Quelqu'un lui persuada » qu'il le lui ôterait sans risque; cette entreprise témé- » raire lui coûta la vie, par la difficulté qu'eut l'opérateur » d'arrêter le sang. »

Le premier chirurgien français qui accomplit la thyroïdectomie avec succès, fut Desault (1791). Néanmoins, l'opi-

nion générale des chirurgiens y fut hostile. Vers la fin du siècle dernier, tous les membres de l'Académie de chirurgie, à l'exception de Desault (*OEuvres chirurgicales*, 1798), se prononcèrent contre. Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, Paris, 1814-1826, t. VII, p. 82) la place « au nombre des opérations que la prudence, la raison et l'expérience désavouent. » Rufz, tout en rapportant un cas heureux de Roux, dit « qu'on rangera cette opération parmi les opérations de complaisance, que les chirurgiens ne doivent presque jamais entreprendre ». Pétrequin (*Bulletin de thérapeutique*, t. XI, p. 344) dit avoir découvert (sans dire où ?) que Peckel, de Strasbourg, a pratiqué plusieurs fois avec succès l'extirpation du bronchocèle enkysté, et que Ravaton l'a faite également deux fois, avec un heureux résultat.

Mayor, de Lausanne (*Traité des ligatures en masse*, Paris, 1826), s'exprime ainsi : « Extirper un goître ! A ce mot » seul, le chirurgien le plus intrépide est saisi d'épou» vante. Les nombreuses victimes de cette opération et les » dangers dont elle est environnée, justifient cet effroi. On » n'opère plus de goîtres aujourd'hui. »

Un incident caractéristique se passa à l'Académie de médecine de Paris, le 10 septembre 1850 (*Bull. Acad. de méd.*, t. XV, p. 1110). Roux ayant rapporté un cas heureux de thyroïdectomie, Velpeau désapprouva ce genre d'opérations et crut devoir mettre les chirurgiens en garde contre le désir de faire une opération brillante, si l'on ne veut pas voir le malade périr des suites ou même rester entre les mains du chirurgien. Roux s'excusa en disant que ce n'était qu'à son corps défendant qu'il avait opéré, et qu'il avait rapporté ce cas, non pour engager les chirurgiens à

imiter inconsidérément sa conduite, mais à cause de l'intérêt qui s'y rattache. Bégin se rallia à la désapprobation de Velpeau, tout en rapportant en même temps un cas de sa pratique, suivi de guérison. (C'est à tort que Michel et Süskind signalent cette opération comme un insuccès, et que Boursier (p. 124) dit que l'opération resta inachevée.)

La protestation de Velpeau a d'autant plus lieu de nous étonner qu'il s'exprime tout différemment dans son traité de médecine opératoire (*Nouveaux élém. de méd. opérat*, 5e éd., Brux., 1840, t. II., p. 260). Après avoir énuméré les dangers et les complications de l'opération, il ajoute : « On aurait tort pourtant de blâmer d'une manière absolue les essais qui ont pour but de nous familiariser davantage avec cette opération. »

Malgaigne (*Manuel de méd. opérat.*, Paris, 1849, p. 470) s'exprime ainsi : « L'extirpation ne doit être conseillée et tentée que quand la tumeur, par son volume, donne lieu de craindre une suffocation imminente ou par son caractère menace la vie du malade d'un autre côté... D'après le peu d'exemples que nous en possédons, cette opération est une des plus effrayantes de la chirurgie; tout au plus, s'il fallait y recourir, devrait-on la combiner à la ligature en masse. »

Le premier chirurgien français qui se montra partisan convaincu de cette opération, fut Michel, de Nancy. Son travail est un plaidoyer sérieux en faveur de l'extirpation, et constitue le premier essai tenté en France, de faire une étude critique de la thyroïdectomie. Boursier a publié récemment un travail beaucoup plus complet sur le traitement chirurgical du goître, travail dans lequel une large part est faite à l'exérèse. Les succès signalés par ces deux

auteurs, chez les chirurgiens étrangers, ont déterminé un certain nombre de leurs compatriotes, tels que Tillaux, Terrillon, Monod, Péan, etc., à entrer dans la même voie, et actuellement cette opération tend à devenir populaire en France.

En Angleterre, l'extirpation rencontra la même opposition que sur le continent ; je me borne à rapporter l'opinion de deux auteurs. Liston (*Elements of surgery*, p. 469) dit ce qui suit : « Bref, l'opération entraîne tant de dangers, » la quasi-certitude d'une issue fatale est si grande, que » l'extirpation n'est justifiée dans aucun cas, et à plus forte » raison elle ne l'est pas pour faire disparaître une simple » difformité. »

Syme *(Principles of surgery)*, se basant sur les rapports anatomiques, dit que l'extirpation est interdite et que toutes les tentatives faites jusqu'alors ont été presque toujours et souvent sur-le-champ suivies d'une issue funeste.

Les premières thyroïdectomies faites en Angleterre remontent au siècle dernier. On les attribue généralement à Gooch, mais c'est à tort ; cet auteur se contente d'en faire brièvement mention, sans nous dire les noms des chirurgiens qui les entreprirent. (Elles figurent dans la statistique sous la mention : *Anonyme*). Il ne fut plus question de cette opération jusqu'en 1829, où Green la pratiqua de nouveau; sa patiente succomba. Il s'écoula ensuite un long laps de temps durant lequel on n'en parla plus. Heron Watson rapporte que Syme et Spence extirpèrent des goîtres, mais sans nous dire à quelle époque ; Kelburne King fit deux opérations en 1864 et 1865 et Hamilton une en 1865. A partir de 1870, la thyroïdectomie devint plus fréquente, et actuellement on compte une trentaine d'observations. Le chirurgien anglais

qui a fait cette opération le plus souvent est Heron Watson : sur huit cas, il n'a essuyé qu'un échec. C'est à tort que Süskind range Voss parmi les chirurgiens anglais. Voss est Américain. Süskind parle aussi de deux opérations faites au Chalmer's Hospital d'Edimbourg : ce sont le troisième et le quatrième cas de Heron Watson.

Quant aux États-Unis, on ne sait pas exactement la date à laquelle furent faites la première excision de goître. Paul Berger (*Revue de Hayem*, t. XIV, p. 722) l'attribue à un chirurgien du nom de Harris, qui l'aurait tentée au commencement de ce siècle ; mais je n'ai pu obtenir nulle part de plus amples renseignements, à cet égard. Süskind se trompe encore en attribuant à Wood, de New York, les deux ou trois extirpations dont il est question dans le *British medical Journal* de 1862, n° du 8 février. Wood a seulement raconté, à l'occasion de la discussion qui suivit la lecture du travail de Voss à la Pathological Society, que jusqu'à ce moment cette opération avait été faite deux ou trois fois à New York ; dans deux de ces cas, la mort survint par hémorragie; dans le troisième, qui fut opéré par le président de la Pathological Society, l'opération resta inachevée (V. les obs. 2, 3 et 4, D.). Le premier succès fut remporté par Voss (1862); il fut suivi par d'autres, notamment par Warren Greene, qui opéra trois fois avec succès.

Quant aux autres pays, on ne peut guère citer que l'Italie, où Bottini et quelques autres ont opéré plusieurs fois avec beaucoup de succès; la Russie, où l'opération ne paraît avoir été entreprise que trois fois; la Belgique, où elle a été pratiquée deux fois, et enfin la Suède, où elle a été faite une fois.

Par l'aperçu qui précède, on voit que, malgré les appré-

ciations si défavorables émises par la grande majorité des chirurgiens les plus éminents, la thyroïdectomie a conquis pas à pas dans la thérapeutique chirurgicale un terrain d'où on ne pourra désormais plus l'expulser.

C'est surtout à partir de la seconde moitié de ce siècle, et plus particulièrement depuis une dizaine d'années que la thyroïdectomie a conquis une place marquante parmi les opérations chirurgicales légitimes. Actuellement le nombre total d'extirpations connues s'élève à bien au delà de 400, dont la grande majorité été couronnée de succès.

Quant aux causes de ce revirement, je les ai exposées dans les *Remarques préliminaires*. Qu'on me permette ici un rapprochement. On peut comparer l'histoire de la thyroïdectomie à celle de l'ovariotomie. Il y a une dizaine d'années, un éminent gynécologiste anglais traitait cette dernière opération d'*homicide;* aujourd'hui on peut dire qu'elle est en voie de devenir banale, et qu'au contraire on pourrait accuser d'homicide le chirurgien qui s'abstiendrait de la pratiquer ou de la conseiller lorsqu'elle n'est pas contre-indiquée. On pourra bientôt, *mutatis mutandis*, dire la même chose de l'ablation du corps thyroïde.

ANATOMIE DESCRIPTIVE ET TOPOGRAPHIQUE.

A) *Du corps thyroïde.*

Le corps thyroïde, ou plus correctement thyréoïde, est une glande sanguine située à la partie antérieure et médiane du cou. Il a la forme d'un croissant ou plutôt d'un fer à cheval, dont la portion moyenne serait un peu allongée; il se compose de deux *lobes latéraux* et d'une partie moyenne, appelée *isthme*. Le lobe droit est ordinairement plus volumineux que

le lobe gauche. Souvent il en existe un troisième qui, sous forme d'une languette étroite, allongée, part de l'un des lobes normaux ou de l'isthme et s'élève jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde ou jusqu'à l'os hyoïde; ce lobe moyen a reçu le nom de *pyramide de Lalouette*. D'après Gruber, on le trouve 40 fois sur 100. Il est situé plus souvent sur l'aile gauche du cartilage thyroïde que sur l'aile droite (21 fois contre 10) et plus rarement encore sur la ligne médiane (9 fois). Tout à fait exceptionnellement l'isthme est remplacé par du tissu conjonctif lâche réunissant les deux lobes. Sur cent cadavres, Gruber n'a constaté cet état de choses qu'une seule fois. Dans quelques cas, on a trouvé la glande réduite à un seul lobe latéral. (*Handfield Jones*, *Luschka*.)

Indépendamment du corps thyroïde normal, il n'est pas rare de trouver une thyroïde accessoire, située tantôt tout près, tantôt à une assez grande distance de la glande principale; d'autres fois elle y est reliée par un pédicule plus ou moins long et plus ou moins gros. Cet organe surnuméraire peut également dégénérer et constituer alors un goître qui, sous le rapport des dimensions qu'il atteint et des troubles qu'il détermine, ne se distingue en rien des autres. Lorsque ces sortes de tumeurs se développent dans des régions du cou où il n'existe normalement pas de tissu thyroïdien, elles peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic importants. (Voir à ce sujet l'intéressant travail de Madelung.)

Il existe parfois un petit muscle, le muscle *azygos* ou *releveur* du corps thyroïde. Il s'insère à l'os hyoïde ou au cartilage thyroïde et va s'épanouir sur la coque fibreuse de la glande.

Rapports. — Le corps thyroïde est recouvert *en avant* par la peau, le tissu conjonctif sous-cutané, les peauciers, le fascia superficialis, le feuillet superficiel de l'aponévrose cervicale, les sterno-hyoïdiens, les sterno-thyroïdiens, et latéralement par les omo-hyoïdiens et le bord antérieur des sterno-cléïdo-mastoïdiens, le feuillet moyen de l'aponévrose cervicale et enfin par du tissu conjonctif lâche.

Immédiatement au-dessous des peauciers, dans l'épaisseur du fascia superficialis, rampent les veines superficielles. La plus volumineuse est la jugulaire externe; elle naît ordinairement au niveau de l'angle de la mâchoire, descend verticalement au-devant du sterno-cléïdo-mastoïdien vers la fosse sus-claviculaire et va se jeter dans la jugulaire interne derrière le chef claviculaire de ce muscle. La jugulaire antérieure naît dans la région mentonnière, s'anastomose avec des branches des jugulaires interne et externe, descend à côté de la ligne médiane jusqu'à la fossette jugulaire, où elle reçoit une branche communicante de la veine correspondante de l'autre côté, et se jette dans la jugulaire externe ou dans la jugulaire interne, en passant derrière le sterno-cléïdo-mastoïdien.

Luschka décrit une troisième veine, la *veine médiane* du cou, qui descend juste sur la ligne médiane et va déboucher dans la branche communicante signalée plus haut. Il faut par conséquent toujours songer à la présence possible de cette veine, lorsqu'on fait l'incision sur la ligne médiane.

La *face postérieure* du corps thyroïde affecte des rapports importants.

L'isthme recouvre les trois ou quatre premiers anneaux de la trachée; exceptionnellement son bord inférieur descend jusqu'au sixième anneau. Les lobes recouvrent les

faces latérales de ces anneaux et remontent le long du larynx jusqu'à l'insertion des muscles sterno-thyroïdiens; tandis que plus en arrière et en dehors ils se prolongent le long du pharynx jusqu'à l'os hyoïde.

Le bord postérieur des lobes latéraux est en rapport immédiat avec les gros troncs vasculaires ; il contourne ensuite le larynx pour arriver jusqu'à l'œsophage et va s'appliquer contre la colonne vertébrale.

Vaisseaux du corps thyroïde. — a) Artères. — Elles sont normalement au nombre de quatre : deux supérieures et deux inférieures. La thyroïdienne supérieure naît de chaque côté de la carotide externe ; elle décrit un arc à convexité supérieure, longe le bord supérieur de la glande dans laquelle elle pénètre et va se subdiviser dans l'épaisseur du parenchyme. La thyroïdienne inférieure naît de la sous-clavière du même côté, passe derrière les gros vaisseaux du cou, le pneumo-gastrique et le grand sympathique, se subdivise en deux ou un plus grand nombre de branches et entre dans la glande par l'angle inférieur et la face postérieure du lobe correspondant; elle décrit des flexuosités très considérables dont l'une embrasse le nerf récurrent. Voilà pourquoi ce nerf a été si souvent blessé ou lié avec l'artère thyroïdienne inférieure. Il sera du reste encore question plus loin des rapports de ce nerf avec la thyroïdienne inférieure.

Il existe assez souvent une cinquième thyroïdienne : la thyroïdienne moyenne ou artère de Neubauer. Elle naît de la crosse de l'aorte, entre le tronc brachio-céphalique et la carotide gauche, ou entre cette dernière et la sous clavière gauche. Elle monte verticalement et entre dans la glande par son bord inférieur.

D'après Gruber, on la trouve une fois sur dix, et d'après Nuhn, une fois sur onze ou douze. Lorsqu'elle existe, l'une des thyroïdiennes, supérieure ou inférieure, est ordinairement beaucoup plus petite qu'à l'état normal et peut même manquer entièrement.

b) Veines. — Elles se comportent d'une manière fort variable. Elles forment toujours plusieurs plexus très considérables au devant et à la face postérieure du corps thyroïde ; ces réseaux finissent par se réunir en plusieurs troncs dits *veines thyroïdiennes*. Le nombre de ces dernières n'est pas constant, il varie de quatre à six. Les thyroïdiennes supérieures, au nombre de deux, se jettent le plus souvent dans la jugulaire interne correspondante, parfois dans la faciale. La thyroïdienne moyenne est le plus souvent unique; elle débouche dans le tronc brachio-céphalique gauche. Les thyroïdiennes inférieures, au nombre de une, deux ou quatre, naissent du plexus dit *thyroïdien impair* (Hyrtl). Lorsqu'il n'en existe qu'une, elle se jette dans le tronc brachio-céphalique gauche; lorsqu'il y en a deux, la veine droite aboutit à l'angle de jonction des deux troncs veineux brachio-céphaliques ou au tronc brachio-céphalique gauche; la veine gauche se jette toujours dans le tronc brachio-céphalique du même côté.

c) Nerfs. — Le corps thyroïde ne renferme que les filets nerveux du grand sympathique qui accompagnent les vaisseaux. Il n'affecte de rapports directs qu'avec les nerfs récurrents, qui se trouvent à sa face postérieure, dans la gouttière trachéo-œsophagiennne.

Woelfler, frappé de la fréquence des lésions des nerfs récurrents, a édudié attentivement sur des préparations injectées les rapports entre l'artère thyroïdienne inférieure

et ces nerfs. (V. Bibliographie *Woelfler d)*). Il a trouvé que ces derniers passent tantôt devant, tantôt derrière le vaisseau ; que d'autres fois encore ils l'enlacent en spirale, rapports qui sont encore rendus plus compliqués par le fait que l'artère se subdivise toujours en plusieurs branches.

B) *Du goître.*

Les rapports du goître découlent de la situation topographique de la glande normale. En avant, ils ne subissent pas de changement essentiel. Les muscles qui recouvrent le corps thyroïde sont soulevés, refoulés et peuvent être amincis au point de ne former qu'un ruban membraneux très large; la tumeur passe derrière les sterno-cléïdo-mastoïdiens et peut même les déborder en dehors. Les veines sous-cutanées se développent et atteignent un calibre très considérable.

Latéralement, le goître refoule d'abord les gros vaisseaux et les nerfs du cou, et l'on voit souvent battre les carotides à son bord externe. Mais, au delà d'une certaine limite, ces organes ne se déplacent plus et la tumeur passe alors au devant. Dans ce mouvement d'expansion latérale le goître peut arriver jusqu'au bord antérieur du trapèze.

En haut, le goître peut atteindre le maxillaire inférieur, les muscles sus-hyoïdiens, l'apophyse styloïde et même l'apophyse mastoïde.

En bas, les rapports peuvent subir des changements importants. Le néoplasme peut arriver jusqu'à la clavicule et au sternum et même les dépasser et recouvrir les premières côtes. Dans les cas de Holmes et de Perassi, la tumeur s'étendait jusqu'au-dessous de la ceinture; mais le plus sou-

vent, lorsque le goître se développe par son segment inférieur, ce n'est pas au *devant*, mais *derrière* la paroi thoracique antérieure qu'il s'étend. Il pénètre alors dans la cavité thoracique, entre le sternum et la trachée, pour constituer la variété dite *goître plongeant*, la plus grave de toutes. Dans ce cas, il peut arriver jusqu'aux troncs brachio-céphaliques artériel et veineux. Kocher (obs. 164); Rose (obs. 216); Burns (*Observations on the surgical anatomy of the head and neck*, *Edinburgh*, 1811, p. 227); Terrillon (obs. 32), M. Langenbeck (p. 306) en citent des exemples. Ce dernier dit même qu'il a trouvé plusieurs fois des adhérences solides entre le goître et le tronc brachio-céphalique. Dans un cas de Nussbaum (n° 197), le goître adhérait à la plèvre pariétale du sommet du poumon gauche. Rose est arrivé plusieurs fois jusqu'à la crosse de l'aorte (obs. n° 213).

Les rapports que le goître, lorsqu'il affecte la forme rétro-sternale, peut contracter avec les grands troncs veineux intra-thoraciques, méritent une attention spéciale, à cause de l'importance qu'ils peuvent acquérir au point de vue chirurgical.

On n'a jusqu'à présent décrit que trois cas de rapports directs de ces gros vaisseaux avec le goître.

Le premier est mentionné brièvement par Gauster, dans un compte rendu des autopsies pratiquées à Vienne (*Wiener Zeitschrift*, XI, 5. 6. 1855. — Schmidt's Jahrb., t. 89, p. 97). On trouva chez un aliéné, à l'autopsie, une occlusion du tronc brachio-céphalique veineux gauche par un goître rétro-sternal considérable.

Le deuxième cas est décrit en détail par Rehn (*Entwickelung eines grossen Collateral-Kreislaufes zwischen der obern und untern Hohlvene durch Struma substernaleis*. Thèse de

Marbourg, 1875). Il s'agit ici d'un goître complètement caché derrière le sternum, les clavicules et les côtes supérieures (le larynx lui-même était entraîné presque tout entier derrière le sternum), comprimant la veine-cave supérieure, les deux troncs brachio-céphaliques veineux et la trachée, avec développement d'une circulation collatérale considérable entre les territoires des deux veines-caves. L'emploi de l'iodure de potassium amena la guérison. (La patiente était âgée de 38 ans.)

La troisième observation est due à Kretschy (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1877, n° 1.)

Ici non plus, l'examen extérieur du cou ne révélait en aucune façon la présence d'un goître. Le patient (61 ans) présentait une dilatation colossale des veines de la tête et du tronc. La mort survint à la suite d'œdème pulmonaire. A l'autopsie, on trouva un goître rétro-sternal qui pénétrait dans le thorax jusqu'au niveau de la 9e vertèbre dorsale. Le poumon droit était refoulé en bas et en arrière et fortement comprimé, le cœur était repoussé en bas, sa pointe au niveau du disque cartilagineux entre la 12e vertèbre dorsale et la première lombaire, le tronc brachio-céphalique veineux droit était allongé (0,10) oblitéré et converti en un cordon solide d'environ 0,003 de diamètre. Les terminaisons des troncs des veines sous-clavière et jugulaire interne droites étaient réduites au calibre d'une plume d'oie. En revanche, la veine-cave inférieure et le tronc brachio-céphalique veineux gauche, ainsi qu'un grand nombre de veines anastomotiques, étaient fortement ectasiées.

Les rapports les plus importants du goître sont ceux qu'affecte sa face postérieure. Il en a déjà été question à propos du corps thyroïde normal; mais, dans le cas de

dégénérescence goîtreuse, ils deviennent beaucoup plus intimes et plus étendus.

J'ai dit plus haut que la tumeur finit par passer au-devant des troncs vasculaires et nerveux, de façon que tous les organes du cou peuvent être complètement enveloppés par le néoplasme, comme par un collier *(goître circulaire* ou *en anneau)*. De plus, le goître pousse souvent des prolongements entre les divers organes, qui sont alors séparés les uns des autres par de véritables cloisons de tissu thyroïdien, avec lesquelles ils contractent des adhérences, ce qui en rend l'isolement extrêmement laborieux; ces cloisons peuvent prendre des dimensions considérables. D'autres fois, il y a des protubérances qui vont se loger entre la colonne vertébrale et le pharynx ou l'œsophage; on a alors le *goître rétro-œsophagien* (1). Ordinairement cette dernière variété est constituée par une glande thyroïdienne accessoire (v. *Madelung*, p. 88, et les obs. de Czerny et de Weinlechner.)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

(Virchow, *Die krankhaften Geschwülste*, — t. III. — Lücke, *Die Krankheiten der Schilddrüse* in Pitha u. Billroth, *Handbuch der Chirurgie*, t. III, 1; Abthlg. B[te].— Billroth, *Chirurg. Klin.*, 1860-1867, p. 168, et 1871-1876, p. 211.)

Toutes les parties du corps thyroïde isolément ou la glande tout entière peuvent devenir le siége d'un goître. Généralement tout un lobe est envahi, mais souvent aussi l'affection n'en atteint qu'un segment. D'autres fois, la thyroïde elle-même reste normale, tandis qu'une glande accessoire entièrement indépendante ou unie seulement au

(1) L'intéressante monographie de Kaufmann (v. Bibliographie) a été publiée trop tard pour pouvoir être utilisée pour mon travail.

corps thyroïde par du tissu conjonctif ou un mince pédicule, devient le siége de la dégénérescence.

Tous les auteurs qui se sont occupés de ce point disent que le goître partiel se développe plus souvent dans le lobe droit que dans le lobe gauche, et rarement dans l'isthme (Lüeke, p. 18). En examinant les 322 cas de ma statistique, j'ai trouvé les données suivantes : Lobe droit 70 fois, lobe gauche 21, lobe moyen — ou plutôt, d'une manière plus générale, goître médian—46 ; la glande entière 105 fois ; une glande accessoire 8 ; dans les autres cas, il n'y avait pas d'indication sur le siége exact de la tumeur. Toutefois, ces chiffres n'ont pas une valeur absolue ; dans un certain nombre de cas, il n'était pas possible d'établir d'une manière positive le siége positif de l'affection, les renseignements n'étant pas assez précis. Il peut donc y avoir quelques erreurs dans la classification des cas.

Les femmes sont beaucoup plus souvent atteintes que les hommes. Sur 322 patients, il y a 189 femmes, 99 hommes et 34 où le sexe n'est pas indiqué. Sur 48 opérés de Billroth (1879-1881), il y avait 33 femmes et 15 hommes.

Bien qu'on soit aujourd'hui d'accord sur ce point que, dans les différentes formes de la dégénérescence goîtreuse, il s'agit primitivement d'un seul et unique processus morbide, les modes de terminaison sont si variés qu'on est forcé de distinguer plusieurs groupes.

Lücke les classe de la manière suivante :

1° Le goître hypérémique ;

2° Le goître parenchymateux (hypertrophique, folliculaire, lymphatique) ;

3° Le goître fibreux ;

4° Le goître vasculaire (anévrysmatique, variqueux) ;

5° Le goître colloïde (gélatineux);

6° Le goître kystique;

Ajoutons-y :

7° Le goître amyloïde (Friedreich) ou cireux (Beckmann).

Ces diverses formes peuvent se trouver seules ou à tous les degrés de combinaison.

Le goître parenchymateux, qui est la forme type, est essentiellement constitué par une hyperplasie du tissu thyroïdien normal dont je vais succinctement rappeler la structure.

On y distingue le stroma et le parenchyme. De la face profonde de la capsule fibreuse qui enveloppe la glande, partent des prolongements formant des cloisons et des tractus fibreux qui subdivisent le parenchyme en un grand nombre de lobes et de lobules. Ces derniers sont constitués par de petits saccules ou follicules entre lesquels les dernières ramifications du stroma vont s'étendre sous forme de trabécules extrêmement ténus. Les cloisons et les tractus renferment des vaisseaux sanguins qui finissent par former un réseau capillaire très serré jusqu'autour des follicules.

Ces derniers sont formés par une membrane anhiste renfermant des cellules rondes à noyau semblables aux corpuscules des ganglions lymphatiques.

Ces follicules ne sont pas des éléments indépendants les uns des autres; ils communiquent entre eux par groupes au moyen de prolongements vésiculaires ramifiés.

Lorsque la glande subit la dégénérescence goîtreuse, les altérations pathologiques peuvent atteindre tous les éléments simultanément, stroma et follicules, ou seulement l'un d'entre eux. Lorsque l'hyperplasie porte sur les follicules seuls, on a le *goître folliculaire mou* (Virchow); lorsque c'est sur le stroma, on a le *goître fibreux*.

C'est surtout dans ce dernier cas qu'on voit se former ces tumeurs parfaitement circonscrites, facilement isolables du reste de la glande, dont ils sont séparés par une capsule fibreuse très dense, avec fort peu de communications vasculaires. Dans cette forme de goître, le stroma s'hypertrophie considérablement, les follicules diminuent en nombre et en volume, et finissent même par s'atrophier complètement et par disparaître. Le goître alors devient véritablement squirrheux dans le sens propre du mot. C'est à cette forme que les Allemands ont donné le nom de *Kropfknoten* (nodosité de goître) ou *Knotenkropf* (goître noueux), le *goître fibreux* ou *central* de quelques auteurs français. Il peut y en avoir plusieurs dans la même glande.

Il arrive parfois que cette prolifération du tissu fibreux soit portée si loin qu'il s'opère un étranglement, une véritable expulsion de la tumeur, et que celle-ci ne soit plus reliée à la glande que par du tissu conjonctif ou un pédicule renfermant des vaisseaux.

Dans les cas où l'hyperplasie atteint de préférence les follicules, il y a d'abord une prolifération des cellules, accompagnée de l'exsudation d'un liquide gélatineux ou colloïde, renfermant des corpuscules de nature albuminoïde. En même temps que les follicules augmentent de volume, ils s'accroissent en nombre. Virchow insiste sur ce dernier fait. « Pour qu'il y ait goître, dit-il, il est nécessaire que la masse des éléments folliculaires existants augmente, qu'il y ait non seulement agrandissement des follicules, mais aussi multiplication de leurs appendices vésiculaires. »

Lorsque le goître devient le siége d'une transformation kystique, celle-ci peut s'opérer de deux façons. Voici comment Billroth s'exprime à ce sujet. (Billroth a), p. 168) :

« J'appelle *goîtres kystiques primitifs* ceux qui se composent d'un sac à paroi interne lisse et d'un liquide sécrété, peu filant, le plus souvent d'un jaune ou d'un brun foncé. Ils se développent à la suite de l'hypersécrétion de ce liquide dans des follicules isolés confluents (parfois peut-être dans un seul), et ils peuvent atteindre le volume d'une tête d'homme. Ils sont situés souvent sur la ligne médiane du cou, d'autres fois latéralement.

» Toutefois, il existe encore d'autres espèces de goîtres kystiques à contenu semblable à celui des goîtres que je viens de décrire, mais dont les parois sont rugueuses et constituées par du tissu parenchymateux. Ces kystes se développent à la suite du ramollissement des goîtres parenchymateux..... Il peut arriver en outre que toute la masse d'un goître parenchymateux se transforme en une bouillie grise, granuleuse, très épaisse. On trouve alors à l'autopsie un sac à parois épaisses, avec ce contenu ramolli, et qui, sur le vivant, paraissait être une tumeur très ferme. Le plus souvent cette bouillie est en partie calcifiée. »

Il arrive très fréquemment qu'on rencontre des dépôts ou des concrétions calcaires dans les parois du kyste ou dans la bouillie provenant du ramollissement. Les goîtres fibreux présentent aussi assez souvent la transformation calcaire. Hutchinson (*Laucet*, 13 mai 1882) présenta le 2 mai à la *Pathological Society* de Londres, un homme de 60 ans, porteur d'un goître depuis son enfance. La calcification avait commencé vers 40 ans; la tumeur, qui siégeait à droite et avait le volume d'un poing, s'était enflammée, il y avait quelques années, s'était nécrosée et avait été éliminée. Actuellement cet homme porte au cou une vaste cavité tapissée de concrétions calcaires, qui suit les mouvement de déglutition.

L'ossification du goître n'est pas rare; il se forme parfois de véritables ostéoïdes (*goître osseux*. — Virchow). Il peut y avoir aussi formation de masses cartilagineuses. D'autres fois encore, il s'opère au centre du goître, surtout du goître colloïde ou parenchymateux ramolli, une véritable cicatrisation, aboutissant à la production d'un tissu inodulaire très dense.

Le contenu des goîtres kystiques, kysto-parenchymateux, ou ramollis, est fort varié. On y trouve toutes les transitions depuis un liquide séreux ou un peu filant jusqu'à du sang plus ou moins pur, ou une bouillie aussi épaisse que le contenu d'un athérome. Dans les liquides on rencontre de la mucine, de l'albumine, de la cholestérine, des cristaux d'oxalate de chaux, ainsi que tous les produits de la décomposition du sang.

Pour terminer cette énumération, je citerai ces amas de granules brillants qui existent parfois en assez grand nombre et qui sont formés par des corpuscules colloïdes.

L'épaisseur des parois des kystes varie beaucoup. Tantôt elles sont constituées par un simple sac membraneux, très mince (*goître kystique primitif* — Billroth), tantôt par une couche plus ou moins épaisse de tissu parenchymateux, restes du tissu propre du goître (*goître kysto-parenchymateux*). Dans ce cas, elles peuvent avoir une épaisseur telle qu'on ne peut pas percevoir la fluctuation du liquide qu'elles renferment. Ces goîtres peuvent être uni ou multiloculaires. Ce dernier cas est le plus fréquent, et l'on trouve des kystes à tous les degrés de développement dans le même goître.

On rencontre les goîtres à tous les âges; il y en a même qui datent de la naissance, c'est-à-dire de la vie intra-uté-

rine. M. Béraud a montré, à la séance du 13 février 1861 de la Société de chirurgie de Paris, un goître trouvé chez un fœtus de 5 mois. La tumeur était trilobée et sillonnée de larges veines; poids, 16 grammes; diamètre transversal, 0,055, vertical, 0,03. (Le corps thyroïde d'un fœtus à terme ne pèse que 2 grammes.) Les gros vaisseaux du cou et le pneumo-gastrique gauche étaient comprimés, et les premiers étaient déviés.

L'accroissement en est généralement très lent; il peut être continu ou s'arrêter pendant un temps plus ou moins long, pour reprendre tout à coup une marche plus rapide.

Les dimensions et le poids de ces tumeurs sont aussi fort variables. Les plus volumineuses sont les goîtres kystiques et kysto-parenchymateux. Un des plus remarquables sous ce rapport est celui opéré par Holmes, et encore faut-il tenir compte, dans ce cas, de la quantité de liquide écoulée à la suite de la rupture de la poche, ainsi que de la portion du sac qui ne fut pas enlevée. Les malades de Greene (n° 10) et de Perassi avaient des tumeurs presque aussi volumineuses. Parmi les autres, je citerai encore les cas de Kocher (n° 158), de Klein (n° 154), de Kraus (n° 168), de Walther (n° 223), de Graefe (n° 123), de Julliard (n° 145), de Wood (n° 30, C), etc. Virchow (*Die krankhaften Geschwülste*, III, p. 34) cite plusieurs auteurs qui rapportent des cas où le goître s'étendait jusqu'aux membres inférieurs! Alibert (*Nosologie naturelle*; Paris, 1817, t. I, p. 466 et 468, pl. C et D) représente deux goîtres monstres, dont le second descend jusqu'à l'épigastre et recouvre le thorax dans presque toute sa largeur.

INFLUENCE DU GOÎTRE SUR LES ORGANES VOISINS. — TROUBLES FONCTIONNELS.

Je me bornerai à passer succinctement en revue les altérations produites par le goître dans les organes voisins, et en les envisageant surtout au point de vue des indications et de la médecine opératoire.

Ces altérations peuvent être ramenées à deux groupes principaux : 1° les phénomènes de compression ou mécaniques, et 2° les phénomènes de dégénérescence ou pathologiques.

Je procéderai par organes.

A. *Trachée* et *larynx*. — Ce sont les organes le plus fréquemment et le plus profondément atteints.

Les effets du goître sur les voies respiratoires varient suivant son volume et surtout son siége. Ce sont principalement les tumeurs du lobe médian qui, en se prolongeant derrière le sternum ou les clavicules (*goître rétro-sternal* ou *suffocant* ou *plongeant*) aplatissent la trachée d'avant en arrière et déterminent alors des troubles graves. Cette forme de goître est d'autant plus dangereuse qu'elle est fort insidieuse et que souvent elle ne fait presque pas de saillie à l'extérieur. Les tumeurs des lobes latéraux peuvent atteindre un volume considérable, sans gêner beaucoup la respiration. Lorsque cependant elles s'accroissent par la face profonde ou qu'elles sont bridées par les longs muscles sternaux et les sterno-cléïdo-mastoïdiens, elles peuvent déterminer des accidents sérieux.

Lorsque le goître ne se développe que d'un côté ou d'un côté plus que de l'autre, il déplace le tube aérien de manière à lui faire décrire un véritable arc de cercle ou à lui

imprimer la forme d'une S (v. dans Lücke *a*) la fig. 4, p. 57).

Une conséquence fréquente de la compression prolongée de la trachée, c'est le *ramollissement*. Mais, avant d'en parler, je dirai un mot du *rétrécissement* de la *trachée en fourreau de sabre* de Demme.

Le rétrécissement ou l'aplatissement de la trachée peut se faire soit d'avant en arrière, soit latéralement. Parfois le larynx est également déformé (n° 210).

La trachée peut être complètement aplatie sans que les anneaux soient ramollis. J'ai extirpé sur un cadavre un goître volumineux, où ce tube était tellement aplati latéralement, dans *toute sa longueur*, qu'il ne restait qu'une étroite fente. Les anneaux cartilagineux avaient conservé leur dureté.

Reverdin (n° 206) dit que la trachée était déviée, aplatie et tordue; pas de ramollissement.

L'absence de troubles est expressement notée dans plusieurs de ces cas.

On attribue généralement à Demme, de Zurich, la première description de cet état particulier de la trachée; mais il avait été précédé de près d'un demi-siècle par Lullier-Winslow (*Biblioth. méd.*, t. LI, p. 202; Paris, 1816. — *Observations sur un goître volumineux comprimant la trachée-artère*). Voici comment l'auteur s'exprime dans son rapport d'autopsie, lu à la séance du 9 décembre 1815 de l'Athénée de médecine de Paris : « La trachée-artère est comme enchâtonnée dans la tumeur. Elle est aplatie latéralement en manière de GAÎNE DE SABRE dans une étendue d'un pouce et demi, ayant à peine (vers le milieu de cette partie déformée) une ligne de largeur antérieurement et une ligne et

demie postérieurement. Le haut et le bas de la trachée, vers la portion rétrécie, figurent deux entonnoirs dont l'inférieur est renversé. »

Demme n'a donc fait que ressusciter, peut-être même découvrir de nouveau, l'altération dont il s'agit. En tout cas, c'est grâce à lui que la connaissance de cet état de la trachée est maintenant généralement répandue.

Duncan Gibb rapporte qu'un jeune homme, qu'il vit en 1869, succomba en janvier 1870 à l'asphyxie, sans que la trachéotomie pût le sauver. A l'autopsie, on trouva la lumière de la trachée réduite à une étroite fente ovale. (Il n'est pas question de l'état des anneaux cartilagineux).

Mac Laren, de Carlisle (Angleterre), cite un cas analogue (*British medical Journal*, 18 mars 1882). Il s'agit d'un garçon de neuf ans atteint d'un goître qui occasionnait une dyspnée intense. Pendant qu'on le chloroformait pour lui passer un séton, la respiration cessa tout à coup; la trachée étant cachée par la tumeur; il fut impossible de faire la trachéotomie; malgré tous les efforts, on ne parvint pas à rappeler le patient à la vie. A l'autopsie, on trouva la trachée réduite à une simple fente, qu'une légère pression suffisait à oblitérer entièrement. On ne fait aucune mention de l'état des anneaux cartilagineux. Chez ce malade, en outre, les efforts respiratoires avaient déterminé la rupture d'un certain nombre d'alvéoles pulmonaires à la suite de laquelle il s'était développé de l'emphysème sous-pleural.

Nous arrivons maintenant à l'altération la plus grave que le goître peut déterminer dans un organe voisin : le *ramollissement* de la trachée, la conséquence d'une compression prolongée. Il a été découvert par Rose et décrit par lui dans un travail remarquable (Rose *a*). Les anneaux

cartilagineux subissent la dégénérescence graisseuse et s'atrophient, et le tube trachéal devient un simple cylindre membraneux semblable à un tube de caoutchouc. (*Trachée en ruban.*) Je reviendrai plus loin sur les conséquences de cet état pathologique, en parlant des *Indications* et des *Complications*.

Les cartilages du larynx peuvent subir la même dégénérescence. Wild (p. 28), rapporte qu'en faisant une injection d'eau chlorée dans une plaie, après l'extirpation d'un goître, Nussbaum perfora le larynx dont les cartilages étaient réduits à la minceur d'une feuille de papier. L'injection pénétra dans la trachée et le patient lutta pendant 20 minutes contre la mort par asphyxie, en crachant beaucoup de sang. Il finit cependant par revenir à lui, au moment où Nussbaum se préparait à lui faire la trachéotomie. Chez le malade de Rose (n° 210), le larynx était fortement aplati; la moitié droite du cartilage thyroïde était en quelque sorte enfoncée.

Le fait du ramollissement de la trachée avait déjà été noté par J. L. Petit (p. 434). Ce chirurgien avait remarqué qu'après la ponction d'un goître kystique volumineux « la malade eut des étouffements ». Il attribua ce phénomène à ce que « l'air entrait avec trop de facilité dans la trachée-artère. » Bien que, suivant moi, Petit se trompât dans l'interprétation du phénomène — car je crois qu'il faut admettre que la trachée, ramollie, privée partiellement de son soutien, s'était un peu aplatie — il en tira une conséquence très utile au point de vue du traitement. Pour remplacer la « compression habituelle », il plaça pendant quelques jours une vessie demi-pleine de lait chaud au devant de la gorge depuis le menton jusqu'aux clavicules, appliqua

une légère compression et la malade fut soulagée. C'est en principe le pansement recommandé par Rose et d'autres chirurgiens qui emploient des attelles pour soutenir la trachée.

Quant aux *troubles respiratoires*, ils existent à tous les degrés. Ils se développent généralement lentement et ne consistent d'abord qu'en une gêne légère, qui augmente progressivement ou d'autres fois brusquement, sous l'influence d'un traumatisme, d'un catarrhe, etc.; dans ces cas ils peuvent mettre la vie en danger. Le plus souvent la dyspnée n'est pas continue; elle ne survient qu'à la suite d'une marche rapide, d'efforts, d'ascensions, etc.

A un degré plus avancé, le moindre effort devient impossible, le patient ne peut plus se coucher dans le décubitus dorsal, l'état asphyxique peut devenir permanent et aller en augmentant jusqu'à la mort. D'autres fois, il se produit de véritables accès de suffocation, avec cyanose de la face, congestion cérébrale, refroidissement des extrémités, convulsions, etc. (v. les cas 214 et 217), et la mort peut survenir subitement par asphyxie aiguë. Un des exemples les plus émouvants de cette mort subite est rapporté par Hanuschke (*Chirurg. operat. Erfahrungen*; Leipzig, 1864, p. 79). Ce chirurgien fut appelé auprès d'une femme enceinte, qui avait la conviction que le prochain paroxysme la tuerait. Il la trouva occupée à prendre ses dernières dispositions, quoique paraissant en parfaite santé. Elle la supplia de sauver au moins son enfant après sa mort. Tout à coup l'accès d'asphyxie éclata, tous les secours furent inutiles, mais le médecin put au moins sauver l'enfant par l'opération césarienne.

A l'autopsie, on trouva un goître anévrysmatique sous-sternal.

Ces cas d'asphyxie aiguë ou lente sont loin d'être rares : Rose, Kocher et presque tous les auteurs qui ont écrit sur le goître en rapportent des exemples.

Bottini *b*) p. 183, dit qu'il a dû faire la trachéotomie *in extremis*, à une femme de 60 ans, pour un goître suffocant, de dimensions modérées, et que ce n'est qu'à grand'peine qu'il put la rappeler à la vie.

La *voix* subit des altérations : il y a de l'enrouement, du cornage, ou bien elle devient sifflante. L'aphonie est assez fréquente ; elle est due à la parésie ou la paralysie des cordes vocales, suite de la compression des nerfs récurrents. Kocher (obs. 158) cite un cas où il y avait de l'aphonie sans autres symptômes de compression.

En outre, il survient souvent un catarrhe laryngo-trachéal, qui peut devenir très intense.

Comme altérations secondaires dues au mécanisme respiratoire forcé, Rose signale l'emphysème pulmonaire, les bronchiectasies, la stase sanguine, la dilatation du cœur droit et la dégénérescence graisseuse.

Un autre accident, c'est la perforation de la trachée, du pharynx ou de l'œsophage avec rupture du kyste *(goître perforant)*, (Kocher *a)*, t. X, p. 221 et suiv.). Lorsque c'est dans le larynx ou la trachée que le contenu du kyste se déverse, la mort peut survenir brusquement par asphyxie (Kocher, *loc. cit.*, p. 221.)

Dewes (Birmingham Medical Society. — *British Medical Journal*, 18 janvier 1879), rapporte que le 22 octobre 1878, un homme atteint d'un immense goître fut apporté à l'hôpital, presque mourant d'asphyxie. On fit une incision superficielle allant jusqu'au goître, ce qui le soulagea beaucoup. Quelques jours après, il succomba subitement.

A l'autopsie, on trouva que la partie postérieure de la tumeur s'était déchirée, qu'une hémorragie veineuse considérable s'était produite et que l'extravasation s'étendait dans le larynx et la trachée, comprimant les nerfs respiratoires. Paget (*Lectures on surgical Pathology*, 4e éd., Londres, 1876, p. 401), raconte qu'en 1841, une femme atteinte d'un goître kystique volumineux, succomba presque subitement au Bartholomew's Hospital de Londres. On trouva que la poche s'était crevée et avait déversé son contenu dans le larynx et le pharynx, à travers une ulcération de ce dernier. Savory (*The Lancet*, 24 novembre 1866), cite un autre cas où la rupture du sac eut lieu au même endroit, mais le patient se rétablit.

B. *Œsophage.* — Les troubles de la déglutition sont presque aussi fréquents que ceux de la respiration, mais ils n'acquièrent presque jamais l'intensité et la gravité de ces derniers. La dysphagie ne se déclare ordinairement qu'après la dyspnée, et lorsqu'elle apparaît, c'est un indice que le goître s'étend vers la profondeur. Parfois la dysphagie se montre la première; il faut alors songer à la possibilité d'un goître rétro-œsophagien (rétro-pharyngien) (1). Suivant Rose (*Die Chirurg. Behandl. d. carcin. Struma* — Arch. de Langenbeck, 1879, p. 13), c'est surtout dans le goître cancéreux que les symptômes du côté du canal alimentaire prédominent sur ceux des voies respiratoires.

Beaucoup de patients atteints de dysphagie, même très avancée, peuvent encore se nourrir d'aliments mous ou liquides.

Toutefois, il existe aussi plusieurs cas où l'obstacle à la

(1) Voir l'excellente monographie de Kaufmann sur cette forme de goître.

déglutition était tel que le malade faillit succomber à l'inanition (Greene, D., obs. 9); dans un cas même, la mort s'ensuivit. Il est relaté par Mules, de Manchester *(Britisch medical Journal*, 20 mars 1880.*)* Il y avait, depuis quelques semaines une légère dysphagie, lorsque tout à coup une obstruction complète de l'œsophage se déclara. L'état général de la malade s'opposant à toute opération, elle mourut d'inanition, au bout de quinze jours. A l'autopsie, on constata que l'obstacle provenait d'une petite excroissance latérale du goître, pénétrant entre l'œsophage et la trachée. (Voir le cas tout à fait analogue de Weinlechner, obs. nº 225.)

Chez la malade de Mules, le goître avait subi la dégénérescence kystique et osseuse.

C. *Troubles vasculaires.* — *Veines.* — La circulation veineuse est entreprise de bonne heure, aussi bien dans le goître lui-même que dans les veines sous-cutanées et périthyroïdiennes. Les veines deviennent plus longues, plus flexueuses et fort volumineuses. On en a vu du volume du petit doigt et du pouce; Bottini a même trouvé chez son premier opéré une veine sous-cutanée du volume de la veine-cave (!).

Il est rare que les tuniques veineuses s'épaississent en proportion; au contraire, elles deviennent souvent beaucoup plus minces, plus friables, jusqu'à se déchirer sous le doigt et la ligature (v. les cas de Fenwick, nº 6 D; W. Greene, obs. nº 8, D, et de Borel-Laurer, nº 84.)

Deux cas fort remarquables sous le rapport du développement que peuvent prendre les veines, sont ceux de Rehn et de Kretschy (v. plus haut, *Rapports du goître*). Dans ce dernier cas, le cou grossi par les veines dilatées atteignait

le double de son volume normal. Les veines sous-cutanées du côté droit formaient un paquet dont quelques vaisseaux avaient un calibre de 3 centim. Les veines de toute la face antérieure du tronc étaient variqueuses et considérablement ectasiées.

La circulation cérébrale peut être entravée; il y a alors stase, congestion, cyanose, boursouflement de la face, exophthalmie, etc.

Lücke (p. 56), dit qu'assez souvent, par suite de la traction exercée par le goître sur les veines thyroïdiennes, celles-ci entraînent la jugulaire interne vers la ligne médiane, de sorte qu'elle se trouve *en dedans* de la carotide commune. (Ce point a son importance pour l'opération.)

Il a déjà été question plus haut des altérations du cœur et des poumons.

Artères. — La carotide commune est ordinairement refoulée en dehors. On la sent et on la voit battre au bord externe du goître. D'autres fois, au lieu de la déplacer, la tumeur passe au devant d'elle et de la jugulaire, de manière à les envelopper. Dans ce cas le goître envoie fréquemment des prolongements entre les divers organes du cou et, si le même phénomène se passe des deux côtés, il constitue ce qu'on appelle le *goître circulaire* ou *en anneau*. C'est une des formes qui déterminent les accidents les plus graves : il se produit un véritable étranglement.

Les artères thyroïdiennes sont souvent hypertrophiées.

Burns *(Surgical Anatomy of the Head and Neck.*— Edimbourg, 1811, p. 197) et d'autres rapportent avoir vu des thyroïdiennes supérieures presque aussi grosses que la carotide commune. (V. aussi le troisième cas de Greene.)

C. *Nerfs.* — Les nerfs intéressés sont les pneumo-gastri-

ques, les grands sympathiques et les récurrents. La compression des deux premiers peut donner lieu à des troubles de l'innervation du cœur et de la vue, celle des récurrents à l'altération de la voix. (Il en a été question plus haut à propos des troubles respiratoires). On peut trouver les nerfs hypérémiés et épaissis. Parfois les accidents déterminés par la compression des pneumo-gastriques et des grands sympathiques peuvent simuler un goître exophthalmique (v. les observations de Küster, de Tillaux et de Watson).

Un cas unique est celui du patient de Heineke (v. à la fin de ce travail la relation de M. le d^r Koch). Le patient présentait des spasmes cloniques du trapèze et du sterno-cléïdo-mastoïdien droit à la suite de la compression du nerf accessoire de Willis.

D. *Muscles.* — On les trouve souvent, surtout les muscles sterno-thyroïdiens et sterno-hyoïdiens, réduits à une minceur membraneuse et en voie de dégénérescence graisseuse. Le sterno-cléïdo-mastoïdien résiste plus longtemps, mais il n'est pas rare d'y constater les mêmes altérations.

E. — Le *tissu conjonctif* du cou peut être hypertrophié; il s'y développe une *péristrumite indurative.*

Enfin, Kocher rapporte un cas (obs. 158) où le larynx et l'os hyoïde étaient entraînés en avant et en bas, de façon que les doigts pouvaient se rencontrer derrière ces organes; la colonne cervicale formait une lordose très prononcée.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS.

La manière de voir au sujet des indications de la thyroïdectomie a subi des fluctuations considérables, non seule-

ment chez les divers chirurgiens qui l'ont pratiquée ou préconisée, mais encore chez le même chirurgien à mesure qu'une expérience plus étendue donnait plus de maturité à ses idées. La majorité des premiers opérateurs ne nous ont pas dit les motifs qui les ont conduits à entreprendre cette grave opération. Hedenus dit d'une manière générale que ses patients auraient tous succombé s'il ne les avait pas opérés. Il faut arriver à Billroth pour trouver des renseignements précis à cet égard.

Dans sa première publication relative à l'extirpation du goître (*Billroth a*), p. 178), cet auteur pose les indications comme il suit : « L'extirpation de goîtres, siégeant sur la ligne médiane, ne causant que peu ou point de dyspnée, même s'ils sont volumineux, peut être pratiquée dans la plupart des cas avec succès, notamment chez les femmes ou les jeunes filles. L'ablation de goîtres situés sur les côtés du cou ou profondément derrière le sternum et à peine perceptibles à l'extérieur, déterminant beaucoup de dyspnée, est bien plus rarement suivie de succès. C'est précisément dans les cas où il y a indication vitale que le résultat est souvent malheureux. » Et plus loin (p. 179) : « La question de savoir si l'homme peut survivre à l'ablation totale de la glande thyroïde, n'est pas encore tranchée..... Des goîtres volumineux, même proéminents, qui n'occasionnent que peu ou point de dyspnée, ne doivent jamais être opérés pour des motifs d'esthétique, chez des individus âgés de plus de 40 ans. De petites tumeurs, siégeant à la partie inférieure du corps thyroïde chez des enfants et des jeunes gens, devraient, me semble-t-il, être extirpées plus souvent, surtout si elles sont placées de telle façon qu'elles puissent, en se développant, présenter du

danger. » Dans son second travail (*b*, p. 182), Billroth dit qu'il a refusé d'opérer plusieurs patients, à leur demande, « à cause du volume et de l'absence de mobilité de la tumeur ». Il résume ensuite sa manière de voir à ce sujet de la façon suivante (*Ibid.*, p. 214) : « Somme toute, d'après l'expérience que j'ai acquise jusqu'à présent, je n'ai pas de motifs pour m'écarter d'une manière sensible des principes que j'ai établis, touchant cette opération, dans mon rapport de clinique de Zurich. » (V. plus haut.)

Ces paroles, écrites vers 1878, ne sont plus vraies aujourd'hui. En effet, Billroth a extirpé dans ces dernières années, et avec le plus brillant succès, un très grand nombre de goîtres, dont une bonne partie ne présentait aucune des indications formulées plus haut. Du reste, déjà dans son dernier rapport (1871-1876), immédiatement après le passage que je viens de citer, il dit : « En général, on méconnaît beaucoup trop le danger que présentent les goîtres situés profondément. Un grand nombre de ces goîtreux voient leurs jours sensiblement abrégés par une trachéosténose qui se développe lentement, et par l'emphysème qui en est la conséquence. Mais même le chiffre de ceux qui meurent littéralement étouffés par le goître, entre 50 et 70 ans, est assez élevé, et je démontrerai plus loin que, dans les cas de ce genre, la trachéotomie n'offre aucune chance de salut. »

Depuis lors, Billroth n'a plus rien écrit sur ce sujet, mais Wœlfler, son assistant (*a*) p. 166), s'exprime en ces termes : « On doit se demander comment il se fait que chez nous les contre-indications deviennent de moins en moins nombreuses, et qu'elles ne soient plus fournies que par l'âge avancé ou des maladies atteignant tout l'orga-

nisme du patient, et qu'en outre le nombre d'opérations va toujours en augmentant. Cela tient d'une part à ce que, grâce aux perfectionnements apportés à la technique de l'hémostase et au traitement des plaies, dans ces dernières années, on a obtenu des résultats beaucoup plus favorables, et d'autre part, à ce que Rose nous a appris dans ces derniers temps que presque tous les goîtres d'un certain volumes, peuvent donner lieu à un ramollissement des anneaux trachéaux, et que de là résultent ces redoutables asphyxies : deux dangers qu'on ne peut éviter que par une extirpation hâtive du goître. » (V. aussi Woelfler *b*), n° 27, colonne 732.) Dans un certain nombre de cas, Billroth a pratiqué la thyroïdectomie pour des motifs d'esthétique.

Si maintenant nous voulions baser une conclusion sur la pratique de Billroth, pratique justifiée par les résultats qu'elle donne, nous pourrions la formuler dans les termes suivants : « Il faut placer le goître au même rang que toute autre tumeur et la traîter comme telle, c'est-à-dire par l'extirpation. Mais il se distingue des autres tumeurs par la nature des complications qu'il peut déterminer : le ramollissement de la trachée et comme conséquence la mort lente ou subite. On ne peut jamais dire dans un cas donné si cette complication ne se déclarera pas ou si le goître ne prendra pas la forme plongeante. Dans les deux cas, l'extirpation à cette période est beaucoup plus grave que si elle avait été faite de bonne heure. »

Ce que je viens de dire est surtout applicable au goître endémique. Le goître sporadique présente ces dangers beaucoup plus rarement et l'on peut essayer d'abord de le combattre au moyen de quelques-uns des autres modes de trai-

tement avant d'avoir recours à l'exérèse, notamment au moyen des injections (v. plus loin).

Je me suis attaché à exposer en détail la pratique et les opinions de Billroth, parce qu'elles résument en quelque sorte les différentes phases de l'évolution de cette importante question. Il me sera donc permis de passer plus rapidement sur l'opinion des autres auteurs.

Lücke *a)* (p. 78) dit que la première condition de l'extirpation, c'est que le goître soit mobile et n'ait pas une base trop large ou, mieux encore, qu'il soit pédiculé. Ailleurs *b)* (p. 44), il recommande l'extirpation des goîtres très durs, fibreux et calcifiés, qui résistent complètement aux autres méthodes. Il considère comme contre-indications un trop grand volume du goître, une base trop large et une situation trop profonde dans la fossette jugulaire.

Dans le travail remarquable, dont il a été question plus haut, Rose a appelé l'attention sur cette complication si grave qui fournit l'une des indications les plus pressantes de l'extirpation : le ramollissement de la trachée, suite de la compression exercée par la tumeur. Il dit que toute la doctrine du traitement du goître repose là-dessus. C'est cette altération pathologique, dit-il, qui constitue le danger principal du goître et qui « m'a forcé à avoir de nouveau recours à l'extirpation totale ». Grâce à elle « on réussira de temps en temps à arracher à la mort précisément les individus chez lesquels, d'après la manière de voir régnante, toute tentative de salut est interdite ».

Dans un second travail Rose (*b*) plaide en faveur de l'extirpation des goîtres rétro-sternaux, quel qu'en soit le volume. Il rapporte à cette occasion un cas dans lequel il dut

mettre à nu la crosse de l'aorte. (Obs. 213.) (C'était le troisième cas de ce genre qu'il opérait.)

Michel admet l'extirpation comme formellement indiquée, lorsque toute autre médication a échoué et que les accidents acquièrent de la gravité. Il ajoute dans ses *conclusions* que « dans ces conditions les indications, loin d'être amoindries, doivent être élargies. »

Duplay (Follin et Duplay, *Pathologie externe*, t. V, p. 224) ne voulait pas opérer même lorsque « la tumeur peut gêner le malade par son poids et par l'obstacle mécanique qu'elle apporte aux mouvements de la tête et du cou ; si par la difformité qu'elle produit elle l'empêche de trouver dans l'exercice habituel de sa profession les moyens de subvenir à son existence ou qu'elle soit un obstacle aux relations sociales ». Il « attendait pour recourir à la dernière et à la suprême ressource que l'asphyxie soit imminente dans un bref délai » (p. 226) ou que l'issue fatale « soit présagée par des accès de suffocation dont chacun peut se terminer d'une manière subite » (p. 227). En d'autres termes, Duplay pré-préférait exposer son patient à mourir avant que le chirurgien ait eu le temps d'intervenir.

Ailleurs, cependant, il modifie cette opinion et, dans une leçon de clinique donnée en 1879 sur un goître suffoquant (*Gaz. des hôpitaux*, 1879), il s'exprime en termes beaucoup plus favorables sur l'intervention chirurgicale.

Terrillon *b*) (p. 823), à l'occasion de son rapport sur la thyroïdectomie de Richelot, fait un plaidoyer énergique en faveur de cette opération : « On peut dire, dit-il, sans crainte de se tromper, que, en présence des succès dont le nombre augmente rapidement, l'ablation du corps thyroïde devient une opération que tout chirurgien doit pouvoir affronter sans craintes trop sérieuses. »

Boursier (p. 36) considère que « les véritables indications, souvent les seules, sont les troubles fonctionnels ». En outre, « le volume et la nature de la tumeur, les accidents qu'elle peut présenter, l'état général peuvent suivant les cas constituer de véritables indications ou des contre-indications formelles. Il est impossible de les résumer dans une formule générale. L'étude détaillée de chaque cas devra seule guider le chirurgien. » Il est à remarquer toutefois que Boursier n'a pas seulement en vue les goîtres parenchymateux, mais toute espèce de tumeurs du corps thyroïde.

Brochin (p. 195), à l'occasion du cas opéré par Péan (obs. nº 19), dit que l'existence antérieure de maladies inflammatoires intra-thoraciques, quand il a été possible de les reconnaître et de discerner la part qui leur revient, dans les troubles respiratoires, d'avec ceux qui sont dus à la tumeur thyroïdienne, constitue une contre-indication de l'opération (v. aussi le cas de Rose nº 210.)

Les contre-indications tirées de l'état général, etc., du patient sont les mêmes que pour toutes les grandes opérations chirurgicales. Il y en a pourtant une que je considérerais comme constituant une contre-indication absolue de l'extirpation, c'est celle tirée de l'état pathologique des vaisseaux, c'est-à-dire s'il existait une dégénérescence athéromateuse, calcaire ou osseuse des artères. Dans ce cas, il faudrait s'abstenir ou avoir recours à l'un des autres modes de traitement, car on s'exposerait à des hémorragies incoercibles ou à des hémorragies secondaires des plus graves.

Avant de parler des indications spéciales de la thyroïdectomie, il serait utile de passer succinctement en revue les principales d'entre les autres méthodes de traitement, dont

les dangers ou l'inefficacité constituent autant d'arguments en faveur de l'opération radicale.

1° *Traitement hygiénique* : changement de climat et voyages. On a observé ainsi des guérisons complètes. Mais ce moyen n'est pas à la portée de tout le monde, tant s'en faut; puis, il n'est pas applicable dans les cas urgents ou bien encore il ne donne aucun résultat.

2° Les *préparations iodées intus et extra*. L'utilité de ce traitement est incontestable dans un grand nombre de cas, et c'est certainement un des plus efficaces. Mais souvent aussi il échoue, et d'autres fois il se déclare à la suite de l'absorption de l'iode ou de la résorption du goître des accidents généraux qui peuvent devenir graves. Ce traitement n'est pas applicable dans les cas urgents.

3° La *ligature des artères thyroïdiennes supérieures*. Günther en a réuni 21 cas (p. 121). Il y a eu guérison dans deux cas, amélioration dans 14, insuccès dans 2 et mort dans 3. Lücke et d'autres auteurs condamnent cette méthode qui, disent-ils, présente de grands dangers et est assez souvent mortelle par suite de l'hémorragie secondaire ou de la suppuration. De plus, elle n'est pas très efficace.—Abandonnée.

4° Le *séton*. Déjà préconisé par Albucase et Guy de Chauliac; souvent employé, notamment au siècle dernier et dans la première partie de ce siècle. Il compte encore actuellement un petit nombre de partisans, surtout en Angleterre. On lui attribue un assez grand nombre de guérisons ou une diminution notable de la tumeur. Mais, outre qu'il est fort douloureux, il présente de très grands dangers : hémorragies, inflammations et suppurations graves, septicémie, pyohémie, etc. Hedenus père (p. 257) rapporte avoir vu un tétanos épouvantable éclater le 9e jour à la suite de

l'emploi du séton et emporter le malade en 17 heures. Il dit encore avoir presque toujours trouvé dans les autopsies des parties ossifiées et cartilagineuses que le séton ne peut détruire.

5° La *cautérisation* au moyen de caustiques (pâte ou flèches caustiques). A peu près abandonnée, et à juste titre. Elle donne lieu à des hémorragies ou à des inflammations suppuratives graves, à des trachéites, etc. Il est fort difficile d'en limiter l'action et il est presque impossible de détruire de cette façon complètement un goître. De plus, il se produit des cicatrices difformes.

6° La *dilacération sous-cutanée.* — Rarement employée et actuellement abandonnée. Hémorragies et suppurations dangereuses.

7° La *ligature* simple ou élastique.

8° L'*écrasement linéaire.*

9° L'*anse galvanocaustique*, qu'on peut ranger dans la même catégorie, parce qu'ils tendent tous les trois vers le même but, à savoir d'empêcher les hémorragies, ne présentent absolument aucune garantie contre cet accident. Ces trois méthodes entraînent, au contraire, des dangers et des inconvénients dont l'extirpation franche est exempte, et sur lesquels il est inutile de m'étendre ici. Langenbeck rapporte un cas de ligature où le patient succomba, le 13e jour, à une hémorragie que rien ne put arrêter (n° 171). Meeh (p. 21, obs. 7) dit qu'au moment où la chaîne de l'écraseur eut complètement sectionné la tumeur, une hémorragie colossale, se déclara; le même accident se déclara chez un autre de ses malades (obs. 10). Dans une récente séance de la Société de Chirurgie de Paris (*Revue de Thérapeutique*, 15 février 1883), Delens a donné lecture d'une observation

du docteur Beauregard, du Hâvre, où celui-ci avait appliqué une ligature élastique sur un goître kystique. Le 4e jour, il y eut une hémorragie telle qu'on dut appliquer la chaîne de l'écraseur et pratiquer l'ablation de la tumeur; le patient guérit. En ce qui concerne plus spécialement l'anse galvanocaustique, elle présente un danger très grave, c'est qu'on ne peut jamais dire où s'arrêtera l'action du feu, et que si le fil constricteur est appliqué à la base de la tumeur, on court le risque de produire une escharification de la trachée, suivie de perforation, ou celle de quelque gros vaisseau, d'où pourrait naître une hémorragie foudroyante.

10° L'*évidement* donne lieu à une hémorragie formidable et à des suppurations graves. N'a été employé qu'un petit nombre de fois par ses inventeurs, Kocher et Rossander, et une fois par Billroth. — Abandonné.

11° Les *Injections parenchymateuses et sous-cutanées.* — Elles constituent sans contredit le moyen le moins dangereux et, après l'extirpation, le plus efficace, si elles sont faites avec les précautions nécessaires. On emploie la teinture d'iode officinale pure, l'alcool dilué ou rectifié, et l'ergotine. Les injections d'iode ont été employées le plus souvent, et dans un grand nombre de cas elles ont donné de fort bons résultats. Les injections d'alcool de Schwalbe (Magdebourg), n'ont été employées que par un petit nombre de chirurgiens, mais leur efficacité, bien que moins grande que celle des premières, est indéniable. Quant aux injections sous-cutanées d'ergotine, l'usage ne s'en est pas généralisé, et l'on ne pourrait, dans l'état actuel de la question, porter un jugement définitif sur leur compte.

La méthode des injections parenchymateuses n'est, dit-on, pas tout à fait exempte de dangers. Le plus grand est celui de

l'entrée de l'injection dans une veine; cela est pourtant très rare et pour ma part, bien que j'aie fait des centaines d'injections, je n'en ai pas vu un seul cas. Billroth rapporte un cas de suppuration septique suivie de mort, à la suite d'une injection d'alcool. Schwalbe (*Beitraege zur Heilung des Kropfes*, in Virchow's Archiv., t. 54, p. 95, 1872) a vu un cas de mort survenir après une injection parenchymateuse de teinture d'iode. Lücke a) (p. 77 note), connaît deux cas où une fois de l'alcool, l'autre de la teinture d'iode, pénétrèrent dans un vaisseau, et où la mort survint à bref délai par embolie. On parle aussi beaucoup des abcès qui peuvent se former à la suite de ces injections. Je dois dire, en ce qui me concerne, que je n'en ai jamais observé, bien que, comme je viens de le dire, j'aie souvent employé cette méthode, et je crois qu'en prenant les soins nécessaires, on peut éviter cet accident. Un autre danger est celui qui est inhérent à l'usage des préparations iodées et dont il a été question au paragraphe 2° (V. plus haut). Un quatrième inconvénient, qui ne se présenterait que dans le *goître suffocant*, c'est le gonflement inflammatoire qui peut survenir et déterminer des accidents graves. Toutefois, Billroth c), (p. 211) rapporte un cas où malgré une dyspnée intense, il obtint un succès éclatant. Il faut enfin, parmi les accidents de cette méthode, citer la douleur qui survient ordinairement après chaque injection. Elle s'irradie vers le cou, la tête, le bras, etc., et peut être très vive.

Mais, malgré sa grande utilité, toutes les formes de goîtres ne conviennent pas également pour ce mode de traitement. Les goîtres durs, fibreux, y résistent d'une manière presque absolue. (V. l'explication de ce fait dans Billroth c),

p. 211), ou bien il peut y avoir urgence à intervenir d'une façon plus active.

J'arrive maintenant aux indications spéciales. Elles présentent naturellement une grande variété et l'on ne peut établir de formule générale. C'est au chirurgien à déterminer dans chaque cas individuel s'il y a *nécessité* d'opérer ou si l'opération est *facultative*, et d'en peser les chances. Je me contenterai donc de renvoyer à ce que j'ai dit sur les troubles fonctionnels. Je rappellerai seulement que, lorsque ce sont les troubles respiratoires qui forment le symptôme dominant, il faut toujours songer à la possibilité de l'existence d'un ramollissement de la trachée et par suite au danger d'une mort subite. (V. Rose a), p. 44 et les cas nos 214, 215 et 217, ainsi que l'observation de Hanuschke, rapportée plus haut.)

L'âge n'a pas d'influence sur le succès de l'opération ; les trois malades les plus âgés — 67, 66 et 65 ans — se sont rétablis ; il y a dans la statistique un certain nombre d'enfants de 8 à 11 ans, dont la plupart ont guéri ; dans les autres cas la mort ne provenait pas de l'âge.

Il ne sera pas sans intérêt de rechercher quelles ont été les indications dans les 322 observations de la statistique. Comme beaucoup de malades présentaient plusieurs symptômes, je classerai les cas suivant le symptôme principal, lorsque celui-ci avait une prédominance marquée sur les autres. Je ferai en outre observer que, dans un certain nombre de cas, les troubles signalés ne constituaient pas une indication formelle de l'opération, celle-ci ayant eu lieu plutôt à cause du désir du patient de se débarrasser d'une difformité ou de faire cesser des symptômes qui le gênaient sans être pour cela menaçants.

Affections des voies respiratoires : dyspnée à tous les degrés, accès de suffocation ou d'asphyxie	102
Dyspnée et dysphagie	25
Dyspnée avec incapacité de travail	2
Dyspnée avec douleurs locales ou irradiées	6
Dysphagie et appareil vocal (Altération de la voix.)	1
Dysphagie seule	4
Goître suppuré, dépérissement, etc.	6
Dyspnée, dysphagie, douleurs, poids	2
Fistule (suppuration)	3
Fistule et douleurs	1
Thyroïdite	1
Douleurs	4
Appareil vocal (altération de la voix)	4
Accidents de compression de nature diverse (accidents nerveux, palpitations, congestions, vomissements, etc.)	8
Accidents de compression avec accroissement rapide de la tumeur	9
État anévrysmatique du goître	1
Opération préliminaire à une extirpation du larynx	1
Rupture d'un kyste, hémorragies	1
Dyspnée, spasmes musculaires	1
Accroissement rapide, crainte de complications futures	8
Gêne des mouvements de la tête	2
Épilepsie	1
Volume, poids de la tumeur	7
Motifs d'esthétique, désir des patients sans troubles fonctionnels	30
Défaut de renseignements	82

Si maintenant nous résumons les indications telles qu'elles découlent de ce qui précède, on peut les formuler de la manière suivante :

1° Il *faut* opérer :

Lorsque les autres méthodes ont échoué et si les accidents ont acquis de la gravité ou qu'on puisse prévoir qu'ils en acquerront à un moment donné. Cette dernière éventualité peut se présenter surtout lorsqu'il y a accroissement continu du goître.

2° On *peut* opérer :

Pour faire disparaître une difformité, soit pour des motifs d'esthétique, soit qu'elle constitue pour le patient un obstacle à ses occupations ou à ses relations sociales, soit enfin que la tumeur, sans déterminer des accidents proprement dits, occasionne de la gêne ou des inconvénients au patient (1).

(1) Je regrette d'avoir eu trop tard connaissance de l'important travail de M le professeur Kocher traitant de l'*Influence de la méthode antiseptique sur les indications de la thyroïdectomie* (v. Bibliographie), pour l'utiliser dans mon mémoire. Cette publication a une importance fort grande à cause de la compétence toute spéciale dont le chirurgien de Berne jouit dans toutes les questions relatives au goître. Mais j'ai été d'autant plus heureux de voir que les conclusions auxquelles il arrive sont entièrement conformes aux idées que j'ai émises moi-même, seulement elles sont formulées en termes beaucoup plus catégoriques encore. A plusieurs reprises (pages 229 et 230), il combat l'opinion que le goître soit une affection exempte de dangers. Il rappelle que le goître peut déterminer la mort subite par asphyxie et cite un nouvel exemple de ce genre qui s'est présenté l'année précédente (en 1881), à Berne, chez une jeune femme en bonne santé. Il n'est pas nécessaire, dit-il, de s'évertuer beaucoup à démontrer qu'un médecin doit proposer l'extirpation lorsque tous les autres moyens ont échoué et que les troubles causés par le goître augmentent.

Il dit que souvent le résultat malheureux de l'opération est dû à ce que celle-ci a été faite trop tard. Il déclare expressément (p. 230) que l'opération peut être justifiée pour des considérations d'esthétique et cite des circonstances où cela peut se présenter (pour rendre possible un mariage).

L'auteur dit que depuis l'introduction du traitement antiseptique la thyroïdectomie offre aussi peu de dangers que l'ovariotomie ou d'autres grandes opérations analogues, et il résume son appréciation dans les

L'opération étant décidée, on doit se poser la question de savoir s'il faut pratiquer l'extirpation partielle ou totale de la glande?

Michel (p. 719) dit ce qui suit : « L'extirpation partielle de la glande thyroïde est au moins aussi meurtrière que l'extirpation générale; elle ne saurait remédier aux accidents dans tous les cas. Après le premier mode opératoire, le temps nécessaire à la guérison est aussi long; il peut être entravé d'accidents plus graves qu'après le second mode. » Duplay (Follin et Duplay. Pathol. Ext. V. p. 222), se range à cette manière de voir, contrairement à l'avis de Sédillot et de Chassaignac. Bruberger (p. 158) formule ainsi ses conclusions : « 1° L'ablation de la totalité de la thyroïde dégénérée, bien que présentant des difficultés opératoires plus grandes, n'est pas plus dangereuse quant aux suites que l'extirpation partielle ne portant que sur la portion malade de la glande. — 2° L'extirpation partielle du goître, en laissant subsister la portion non dégénérée du corps thyroïde, est justifiée toutes les fois qu'un seul des lobes est malade; on ne cite aucun cas où la partie saine de la glande qu'on avait épargnée soit devenue malade ultérieurement. »

Rose ne voulait d'abord pratiquer l'extirpation totale que dans les cas où l'on ne pourrait enlever le néoplasme sans inciser le parenchyme, parce qu'alors il redoutait les hémorragies. (V. Rose *a*), p. 38.) Cependant, sa manière

termes suivants (p. 267) : « *L'excision faite à temps d'un goître ordinaire est une opération sans danger.* (L'auteur lui-même a souligné ce passage). Elle est justifiée dans tous les cas où le goître subit un accroissement continu et cause de la gêne, ou lorsqu'il porte atteinte à l'état général et que le porteur en désire instamment l'ablation pour des motifs d'esthétique. Ce n'est que lorsque cette manière de voir aura prévalu partout que les complications dues à de trop longs délais et les dangers de la thérapeutique opératoire dirigée jusqu'à présent contre le goître seront entièrement écartés. » *(Note ajoutée pendant l'impression.)*

de voir s'est modifiée, il enlève maintenant toujours la glande entière. Billroth (v. Woelfler *b*), n° 31, col. 835) a préféré longtemps l'ablation partielle; il ne faisait l'extirpation totale que lorsque l'énucléation de la tumeur du milieu du tissu glandulaire sain rencontrait de grandes difficultés. Toutefois, ses idées sous ce rapport ont changé. Woelfler rapporte dans son dernier travail que, sur 48 opérations faites de 1877 à 1881, Billroth a pratiqué 22 thyroïdectomies totales (2 morts), 24 ablations d'une moitié de la glande (1 mort) et seulement 2 énucléations de goître central (1 mort). L'auteur ajoute : « Il faut se garder de tirer de ces données aucune conclusion touchant le danger que présente l'un ou l'autre mode. L'impression qu'ont laissée dans notre esprit l'opération et la marche ultérieure, a fait naître en nous la conviction que l'extirpation totale n'est ni plus dangereuse, ni beaucoup plus difficile que l'extirpation partielle. »

Süskind (p. 23) trouve « naturel que l'ablation partielle des goîtres, c'est-à-dire l'excision de l'un des lobes latéraux ou de l'isthme du corps thyroïde, soit moins dangereuse que l'extirpation totale ». Il base son opinion sur ce que, dans ce dernier cas, il y a un plus grand nombre de ligatures et que la plaie offre une plus grande étendue. Il en conclut que le danger d'une issue fatale est plus grand. Je crois en avoir dit assez, en parlant de nos progrès dans l'hémostase et dans le traitement des plaies, pour montrer que ces craintes ne sont pas fondées. Baumgaertner (p. 682) préconise l'extirpation totale; il l'a du reste employée dans tous les cas.

Voyons au surplus quelles conclusions nous pouvons tirer de la statistique.

Le total des cas que j'ai recueillis s'élève à 322 ; il faut y ajouter 29 patients opérés par Billroth, de 1879 à 1881 (v. Woelfler *c*). Total : 351 cas, qui se décomposent comme il suit :

Extirpations totales : 125 = 35,61 p. c.	Guéris : 104 = 83,20 p. c.
	Morts : 21 = 16,80 p. c.
Extirpations partielles : 178 = 50,71 p. c.	Guéris : 146 = 82,02 p. c.
	Morts : 27 = 15,17 p. c.
	? : 5 = 2,81 p. c.
Non classsées : 48 = 13,39 p. c.	Guéris : 30 = 62,50 p. c.
	Morts : 17 = 35,42 p. c.
	? : 1 = 2,08 p. c.

On voit que l'avantage, bien que faible, est du côté de l'excision de la totalité de la glande, puisqu'elle compte 83,20 p. c. de guérisons, contre 82,02 p. c. fournis par l'ablation partielle. Cette différence devient plus sensible si l'on considère les points suivants : parmi les extirpations totales, il en est où la mort ne peut pas être mise sur le compte de l'opération (Billroth, nº 59) ; ensuite, j'ai compté comme opérations partielles doubles, les extirpations de la totalité de la glande faites en deux fois (Graefe, nºs 122 et 123, Mosetig, nºs 188 et 189) et qui toutes ont été heureuses. De plus, parmi les ablations dites partielles, il y a un assez grand nombre de tumeurs qui ne tenaient à la thyroïde que par un pédicule, de sorte qu'on n'a pas eu à attaquer le corps même de la glande ; enfin, j'ai rangé parmi les thyroïdectomies partielles l'énucléation des goîtres accessoires.

En somme donc les résultats de la statistique sont en faveur de l'excision totale. Aussi y a-t-il depuis quelques

années, une tendance marquée dans ce sens : Rose, Baumgaertner, Mosetig, Albert, Reverdin, Bottini, Billroth, Credé, etc. Woelfler *b*) (nº 31) fait observer avec raison que c'est surtout dans les pays où le goître est endémique qu'elle mérite la préférence. Je me rallie donc à l'opinion de Michel et de Bruberger, en n'admettant l'ablation partielle que pour les goîtres nettement pédiculés ou circonscrits et isolables du tissu environnant.

En aucun cas, il ne faut laisser en arrière du tissu malade. Rose *a* (p. 21) cite le cas d'une patiente à laquelle il avait fait l'évidement, et qui, au bout de quelque temps, se vit de nouveau en puissance d'un goître fort respectable. Il ajoute : « Aussi longtemps qu'il reste une portion quelconque d'un goître, on est exposé à devoir recommencer tous les deux ou trois ans. » Virchow (*loc. citat.*, III, p. 84) dit également « qu'après l'ablation partielle le restant du tissu de la glande peut pulluler de nouveau. » Je renvoie aussi à l'observation très instructive de la malade de Dupuytren (nºˢ 3 et 11). Schwalbe, de Magdebourg, a recueilli dans la littérature sept cas où l'excision partielle fut suivie de près par le développement d'un goître dans la portion restante de la glande. On pourrait multiplier ces exemples.

MANUEL OPÉRATOIRE.

Je prendrai pour type de l'opération l'extirpation d'une moitié de la glande, celle de la totalité de l'organe n'étant qu'une répétition de la première. Chemin faisant, je signalerai les différences et les modifications qu'entraînent les cas particuliers. Je terminerai ensuite ce chapitre en rappelant dans un résumé rapide les principaux temps de l'opération.

Soins préparatoires. — Rose est le seul auteur qui les recommande, et plus le cas est grave, plus il est minutieux à les observer. Il fait demeurer le patient au lit jusqu'au jour de l'opération, deux vessies de glace sur le cou. La veille, il fait administrer de l'huile de ricin et ne donne que des aliments liquides, non féculents, afin que le malade puisse rester le plus longtemps possible sans aller à la garderobe. Je dirai qu'à part l'application de la glace, les autres soins méritent d'être employés; mais je crois devoir condamner l'usage de la glace, parce que l'hémorragie parenchymateuse et capillaire sera beaucoup plus forte pendant l'opération, si la région a d'abord été soumise à la réfrigération; les petits vaisseaux sont paralysés. Tous les chirurgiens qui emploient l'anesthésie locale auront pu faire cette observation. S'il y avait de la douleur ou un état phlegmasique à combattre, je préfèrerais l'application de la chaleur humide.

Appareil instrumental. — Rasoir, scalpels convexes, scalpels boutonnés, ciseaux droits et courbes, sonde cannelée, pinces à dissection et à dents de souris, pinces hémostatiques et à verrou en très grand nombre, pinces hémostatiques de Péan en forme de T, aiguilles de Deschamps ou de Wattmann (le bec de cette dernière faisant avec le manche un angle obtus au lieu d'un angle droit), rétracteurs et érignes de plusieurs dimensions, thermo-cautère, aiguilles et porte-aiguilles, ligatures de catgut de plusieurs numéros et très solide, préparé d'après Lister (à l'acide chromique), ou d'après Kocher (à l'essence de génevrier et à l'alcool), fil de soie phéniquée de plusieurs numéros, éponges de toutes dimensions, irrigateurs, bassins réniformes en caoutchouc durci ou en laiton, eau

froide et chaude, solution d'acide phénique à 2 et à 4 p. c, tubes à drainage en caoutchouc ou en os décalcifié.

Les instruments nécessaires à la trachéotomie : bistouri pointu, canules de plusieurs dimensions et de différentes longueurs, érignes simples, sonde ou tube élastique pour insuffler de l'air dans la trachée ou aspirer le sang.

Tout l'appareil nécessaire à l'anesthésie : chloroforme, très pur (préparé au chloral), masque, flacon à gouttes, solution de morphine, écarteur des mâchoires, pince pour la langue, éther, ammoniaque, petites éponges montées. En outre, tous les accessoires, tels que bassins, seaux, etc.

Il va de soi que tous les instruments, éponges, etc., qui viennent en contact, de près ou de loin, avec la plaie, doivent être soigneusement désinfectés au moyen d'une solution d'acide phénique à 4 p. c., car jusqu'à présent c'est toujours le désinfectant le plus sûr que nous possédions.

J'ajouterai ici que, dans toute ma description de l'opération et du traitement consécutif, j'ai eu en vue l'application la plus rigoureuse de la méthode antiseptique.

Objets à pansement. — Gaze antiseptique, phéniquée ou iodoformée, iodoforme en poudre, solution de chlorure de zinc, de 2 à 2 1/2 p. mille, ou de sublimé corrosif 1 : 5000, ouate hydrophile, gutta-percha fine, bandes de coton écru et de mousseline amidonnée, attelles moulées de carton, de gutta-percha, de celluloïde ou d'une autre substance légère et suffisamment solide.

Local, *table d'opération*, *etc.* — Pour cette opération, plus que pour toute autre, il est important d'avoir un éclairage convenable; le meilleur mode serait d'avoir le jour d'en haut et si possible encore par l'un des côtés.

La salle sera fort bien chauffée, 25° à 30° C., surtout si

l'on prévoit que l'opération sera longue. Le patient revient d'autant plus vite et plus complètement à lui que le milieu ambiant lui aura fourni plus de chaleur artificielle, pour remplacer, en partie du moins, celle que lui ont enlevée l'opération et la narcose.

La table d'opération sera étroite, d'une hauteur appropriée à la taille de l'opérateur; le matelas et les coussins seront résistants, non élastiques.

Aides. — Il faut un aide très intelligent et exercé pour maintenir la tête dans une position immuable, un pour l'administration de l'anesthésique, un pour tenir le pouls et surveiller la respiration, un ou deux pour assister l'opérateur, deux pour maintenir les membres au besoin, un pour les éponges et un pour les instruments. Total, sept ou huit aides.

Position du malade; anesthésie. — Le malade sera couché, les épaules et la tête un peu relevées, celle-ci rejetée fortement en arrière au moyen d'un rouleau placé sous la nuque. Rose recommande de laisser le patient choisir lui-même la position dans laquelle il respire le mieux à son aise, sa « position d'élection. » Si l'on ne fait pas la trachéotomie préliminaire, un aide veillera strictement, pendant toute la durée de l'opération, à ce que la position de la tête et du cou ne change pas. Si des vomissements surviennent, il faudra tourner le malade (ou du moins le tronc) tout d'une pièce, pour éviter la torsion ou la coudure de la trachée. Il y a des goîtreux qui ne peuvent plus respirer qu'assis. Un aide devra alors se placer derrière le patient et le maintenir dans cette position jusqu'à ce que la trachéotomie ait été faite.

Quant au choix de l'anesthésique, je crois que, malgré

ses inconvénients, le chloroforme est encore celui qui mérite le plus de confiance, surtout si l'on est très scrupuleux dans le choix de la qualité. Le meilleur est le chloroforme allemand, préparé au chloral (*chloral-chloroform*) ou le chloroforme anglais, préparé à l'alcool éthylique pur. Si l'opération est longue, et surtout si la trachée montre des altérations ou de fortes déviations, il sera bon de cesser l'administration du chloroforme vers la fin.

Je recommande fortement l'emploi de l'anesthésie mixte, dont nous sommes redevables à Nussbaum et Thiersch. Elle consiste dans l'emploi combiné de l'anesthésique et d'une injection sous-cutanée de morphine : j'en ai souvent constaté les bons effets. Elle donne une narcose beaucoup plus calme et régulière que le chloroforme seul et avec une quantité *beaucoup* moindre de ce dernier; le sommeil survient beaucoup plus vite, la période d'excitation est plus courte et moins intense, ce qui est surtout nécessaire chez les buveurs; les vomissements sont bien plus rares, chose précieuse dans une opération de ce genre. Mais, il y a une précaution importante à observer, c'est de faire l'injection un certain temps, environ 20 à 30 minutes, avant l'administration du chloroforme, afin que la morphine ait déjà produit tous ses effets à ce moment, sinon on s'expose à un collapsus dû à une action cumulative croissante des deux agents. La dose de morphine est, suivant les cas, de un à deux centigrammes.

Le patient étant endormi, on nettoie soigneusement le champ opératoire, on le savonne et on le lave avec une solution de 4 % d'acide phénique. Je considère dans la majorité des cas le spray (brouillard antiseptique) comme superflu. (Cette question a fait l'objet de si nombreuses dis-

cussions dans ces derniers temps, que je crois pouvoir me dispenser d'y revenir.)

INCISION CUTANÉE.

Les chirurgiens ont beaucoup varié la forme des incisions cutanées et des lambeaux. Dans la statistique, j'ai rerelevé ving-deux modifications de ce premier acte de l'opération. Quelques chirurgiens emploient tantôt l'une, tantôt l'autre. Albert, sur douze opérations, a fait sept incisions différentes. Billroth emploie généralement l'incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien; ce sont, du reste, celle-ci et l'incision médiane qui sont le plus en usage. Baumgaertner donne la préférence à cette dernière; il l'a toujours trouvée suffisante, même pour les goîtres volumineux. Reverdin, Lücke et Hedenus l'ont choisie également. Bruns, Desault, Dupuytren, Roux Greene, ont tracé leur incision le long du sterno-cléïdo-mastoïdien; Kocher emploie tantôt l'une, tantôt l'autre; Rose affectionne le lambeau triangulaire en V ou les incisions en T ou en ‾|; Gussenbauer fait une longue incision médiane ou oblique; la forme elliptique avec excision d'un lambeau cutané ovalaire se retrouve chez Billroth (3 fois), Graefe, Klein, Mandt et Perassi; Nussbaum a taillé deux lambeaux latéraux en forme de volets I; c'est aussi la forme employée par Michel. Tillaux, Albert, Savostitzky et Stukowenkoff ont sculpté un lambeau quadrangulaire à base supérieure, Monod a taillé deux lambeaux triangulaires en forme de T renversé, Cabarret et Voisin ont fait une incision cruciale; Albert, Bouilly et Billroth ont tracé des lambeaux à convexité dirigée en dehors ou en bas. Les plus grandes incisions faites sont probablement celles de Mosetig

et de Gussenbauer allant de l'apophyse mastoïde droite à l'articulation sterno-claviculaire gauche, et celle de Reverdin (Auguste) dont la branche verticale avait une hauteur de 0,25 et l'horizontale une longueur de 0,12.

En somme, il est préférable de choisir une incision aussi simple que possible, afin d'obtenir une cicatrice régulière. Le principe qui guidera le chirurgien, c'est que l'incision doit suivre le grand axe de la tumeur; si celle-ci siége latéralement, la peau sera divisée le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien; s'il s'agit d'une tumeur de la face antérieure du cou soit qu'elle occupe seulement la ligne médiane, soit qu'elle s'étende sur les deux côtés, on fera une incision verticale depuis l'os hyoïde, jusqu'à la fossette jugulaire. On pourra sans inconvénient prolonger l'incision respectivement jusqu'à l'apophyse mastoïde et la symphyse du menton : si la forme ou le volume de la tumeur l'exigent, on fera tomber sur cette première incision, une seconde, perpendiculaire ou oblique, soit sur son milieu, soit à l'une de ses extrémités. Lorsqu'il y aura une trop grande exubérance de peau, on pourra en retrancher une portion en forme de lambeau elliptique. Généralement cependant la peau se rétracte fort bien, même après l'excision de goîtres volumineux.

Quelle que soit l'incision choisie, il faut qu'elle dépasse la tumeur dans tous les sens.

Énucléation de la tumeur. — L'incision doit être faite avec circonspection, et cela, pour plusieurs raisons. Les veines superficielles, étant dilatées et gorgées de sang, pourraient facilement être blessées, et l'on n'aurait pas seulement une violente hémorragie, mais aussi une aspiration d'air par les veines. En outre, lorsque le goître est volumineux, toutes

les couches de tissus, musculaire, conjonctif et adipeux, interposés entre les téguments et la tumeur, sont écartés et souvent tellement amincis et atrophiés, qu'on arrive immédiatement sur cette dernière; on s'exposerait donc à l'entamer et à amener ainsi une hémorragie parenchymateuse fort gênante.

La peau étant divisée, on incise les tissus sous-jacents, couche par couche, jusqu'à ce qu'on soit arrivé sur la tumeur; il est préférable de se servir de la sonde cannelée. Si l'on rencontre des veines superficielles, on les écarte ou on les coupe entre deux ligatures, suivant qu'elles ont une direction verticale ou transversale.

Avant de décrire l'isolement de la tumeur, je dirai un mot des muscles. Faut-il les diviser ou chercher à les conserver? En ce qui concerne les longs muscles sternaux, tous les chirurgiens sont maintenant d'avis qu'il faut les sectionner s'ils constituent un obstacle ou seulement une gêne à la marche de l'opération. Si la tumeur n'est pas très volumineuse, il suffira de sacrifier seulement les sterno-thyroïdiens, sinon il faut également couper les sterno-hyoïdiens.

Gussenbauer a excisé une fois (n° 129) une portion des longs muscles sternaux. Dans les six cas qu'il a opérés, Hedenus les a excisés complètement, à cause de la difficulté de les séparer de la tumeur. Dans le premier cas, il dit n'en avoir pas vu d'inconvénients après l'opération; dans les autres, il a constaté de la dyspnée et de la dysphagie qu'il a rapportées à cette cause. Rose dit qu'il n'a jamais vu de mauvais effets résulter de la section de ces muscles. Une fois (n° 210), il les a excisés également; Michel agit de même. Si les muscles sont encore sains, on peut les recou-

dre après l'opération. Un fois, Albert (n° 5) divisa les chefs sternaux des sterno-cléïdo-mastoïdiens et des longs muscles sternaux et les recousit ensuite. Une autre fois (n° 6), il sectionna complètement le corps des sterno-cléïdo-mastoïdiens et des muscles sternaux. Il ne dit pas s'il les réunit de nouveau après l'opération.

Klein (n° 156) et Mandt (n° 184) divisèrent les muscles sternaux, sterno-cléïdo-mastoïdiens et omo-hyoïdiens droits. Dans le premier cas, il s'agissait d'une tumeur très mobile qui disparaissait derrière la clavicule; dans le second, d'un goître volumineux. W. Greene (n° 8) sectionna également le sterno-cléïdo-mastoïdien aminci. Ce sont les seules observations où il soit question des sterno-cléïdo-mastoïdiens.

En ce qui concerne l'isolement de la tumeur, je dirai une fois pour toutes qu'il faut proscrire autant que possible l'emploi de l'instrument tranchant, bistouri ou ciseaux : on se sert du doigt, du manche du scalpel, de la sonde cannelée ou des ciseaux fermés à bout mousse, droits ou courbes. Dès qu'il se déclare la moindre hémorragie, il faut l'arrêter avant de continuer.

Le tissu conjonctif qui entoure la capsule est généralement très lâche et se déchire facilement. Cependant, s'il y a eu péristrumite indurative, il peut être fortement épaissi. Dans ce cas, si l'on ne peut y pénétrer avec le doigt, on l'incise sur la sonde cannelée ou entre deux pinces hémostatiques. Si la capsule était tellement confondue avec le tissu induré environnant qu'on ne pût l'isoler, il faudrait ou bien extirper en même temps le tissu à ses limites, en le divisant en faisceaux au moyen de ligatures en masse doubles, ou bien faire l'évidement d'après Kocher.

Il faut avoir soin, en isolant la tumeur, de bien pénétrer jusqu'à elle, d'en suivre tous les contours et de ne pas produire de décollement dans l'épaisseur du lambeau musculo-cutané ; tous les éléments qui forment ce dernier, peau, tissu conjonctif, aponévroses, muscles et vaisseaux, doivent rester unis. Tillaux, Rose, et surtout Kocher *a* (t. IV, p. 426), insistent beaucoup sur ce point. Voici ce que dit ce dernier : « Il est d'une importance décisive pour le succès aussi complet que possible de l'opération, que dans ce troisième temps on ne se laisse empêcher par aucune difficulté (en présence d'un plexus veineux) de pénétrer jusqu'au tissu même du goître et de ne pas le laisser recouvert de la plus mince enveloppe de tissu connectif. Il vaudrait mieux entamer la substance même du goître pour être tout à fait sûr de ne pas aller se perdre, en voulant isoler la tumeur en arrière, dans le tissu conjonctif des régions latérales du cou. »

Comme il importe avant tout de rendre la tumeur mobile, on changera de temps en temps ses points d'attaque, en choisissant de préférence les endroits où les attaches sont le plus lâches. Tous les vaisseaux, toutes les brides ou adhérences résistantes qu'on rencontrera, seront saisies et coupées entre deux pinces ou deux ligatures. Il faut se garder de déployer une force trop grande pour déchirer les adhérences ; comme elles renferment très souvent des vaisseaux sanguins, on s'exposerait à rompre ceux-ci et à amener de fortes hémorragies. Rose insiste beaucoup pour qu'on procède avec douceur et circonspection à cause du volume des veines et de la friabilité et l'amincissement de leurs parois.

Il faut avoir soin de bien tendre les couches de tissu dans lesquelles on pénètre. On avance alors pour ainsi dire sans

effort, et l'on isole facilement les vaisseaux et les brides un peu résistantes. Il en est de même des rameaux nerveux, même très minces, car ils supportent sans se rompre une certaine traction; on les voit alors tendus comme de minces cordages de la paroi de la plaie à la tumeur et l'on peut les détacher de celle-ci.

Quand la tumeur est bien mobilisée en un point, on la rejette de ce côté ou on la soulève pour procéder de même de l'autre. Il ne faut pas pénétrer vers les parties profondes avant d'avoir d'abord bien dégagé la tumeur tout autour, attendu qu'il est dangereux de travailler là où le regard ne peut pas contrôler l'action du doigt ou de l'instrument; en d'autres termes, il faut avancer partout de la périphérie vers le centre, ce dernier étant formé par le tissu fibro-vasculaire qui unit le goître à la trachée, au larynx et parfois à l'œsophage (pédicule ou base du goître).

Billroth cherche à dégager d'abord la tumeur par le haut; il lie aussitôt que possible la thyroïdienne supérieure, pour arriver jusqu'au pédicule, et détache ensuite la moitié inférieure. Rose conseille de commencer par le bas, afin de mettre la trachée à nu dès le début de l'opération, pour le cas où la trachéotomie soit nécessaire.

Je trouve la pratique de Billroth préférable dans les cas ordinaires. La situation des vaisseaux thyroïdiens supérieurs permet d'y arriver assez facilement; après qu'ils sont liés, le décollement de la tumeur se fait beaucoup plus rapidement. Il faut réserver le pédicule jusqu'à la fin, afin que tout le reste de la tumeur soit entièrement isolé.

Lorsque le goître envoie des prolongements entre les divers organes du cou ou derrière le sternum ou la clavicule, voire même jusqu'à l'apophyse styloïde du temporal,

l'opération devient beaucoup plus laborieuse et plus compliquée. L'énucléation d'un de ces prolongements peut donner autant ou plus de besogne que celle du reste de la tumeur. (V. la relation du second cas de Kraus.)

Lorsqu'on est enfin parvenu à dégager la tumeur tout autour, elle ne tient plus que par deux points : 1° les attaches fibro-vasculaires qui l'unissent à la trachée, au larynx et, mais plus rarement, à l'œsophage ; 2° les vaisseaux thyroïdiens inférieurs. Ces derniers, en effet, par leur situation profonde, par le fait qu'ils pénètrent dans la glande par le bord inférieur de celle-ci et le milieu de sa face postérieure, sont soustraits au regard et à l'action du chirurgien presque jusqu'au moment où il atteint le pédicule. Dans un cas même (n° 215) Rose ne la lia qu'après la section de ce dernier.

Les rapports de l'artère thyroidienne inférieure avec le nerf récurrent exigent une attention spéciale (v. à l'*Anatomie topographique*). Il faut soigneusement séparer ces deux organes l'un de l'autre pour éviter la ligature ou la lésion du nerf. Comme l'artère et le nerf se subdivisent chacun en plusieurs branches, Woelfler *d)* conseille d'aller à la recherche du *tronc* du nerf dans le sillon trachéo-œsophagien et de le suivre, en l'isolant, jusqu'à ce qu'on l'ait entièrement isolé de l'artère. En ce qui concerne la veine thyroïdienne inférieure, il faut la lier dès qu'on peut y arriver, afin de ne pas la déchirer. Dans un cas inédit (v. Woelfler *d)*) de Billroth, ce vaisseau fut déchiré, de l'air fut aspiré et l'opéré succomba.

La séparation du goître de ses dernières adhérences constitue souvent l'acte le plus critique de toute l'opération, à cause de la densité et du peu d'épaisseur de la couche de

tissu fibreux qui l'unit aux autres organes du grand nombre de vaisseaux, surtout de veines, qu'il renferme, et enfin à cause des altérations que peut présenter la trachée. Si les anneaux cartilagineux sont sains, on pourra opérer le décollement sans encombre, non seulement sans blesser la trachée, mais encore sans déterminer de phénomènes graves de dyspnée ou d'asphyxie. Mais s'il existe un ramollissement, on peut avoir à ce moment des accidents très menaçants et même mortels. Il peut aussi se produire une perforation, même sans que le chirurgien s'en aperçoive (obs. de Lücke, n° 181); cet accident ne présente toutefois pas par lui-même une grande gravité. Lorsque le goître adhère intimement à l'œsophage, il peut être fort difficile de trouver la limite qui les sépare. Dans un cas, Woelfler fit faire dans ce but au patient un mouvement de déglutition; une autre fois, on ne put pas détacher le pédicule de la jugulaire interne et l'on dut réséquer une portion de celle-ci.

Le pédicule est parfois si court que le chirurgien ne peut le diviser sans blesser la trachée. Kraus dut enlever le segment antérieur de plusieurs anneaux cartilagineux jusqu'à la muqueuse, et malgré cela il n'y eut pas de perforation.

Si c'est possible, il faut appliquer sur le pédicule une ligature double et le couper entre les deux fils. S'il n'est pas volumineux, une seule suffira; sinon, il faudra, au moyen d'une aiguille de Deschamps ou d'une pince, le diviser en plusieurs faisceaux et le lier en autant de portions; on coupera ensuite la tumeur au devant. On peut même, à l'exemple de Hedenus, ajouter à ces ligatures partielles une ligature en masse de tout le pédicule. On serrera la

ligature très fort pour qu'elle ne glisse pas et pour être sûr de bien comprimer les vaisseaux protégés par le tissu fibreux. Si l'on n'a pu appliquer qu'une seule ligature, il sera parfois nécessaire de laisser une petite portion de tissu glandulaire pour empêcher le fil de glisser.

Dans l'exposé ci-dessus j'ai pris, comme type de l'opération, l'ablation d'une moitié de la glande, mais dans l'hypothèse d'une extirpation totale. S'il ne s'agissait que de l'excision d'un goître partiel, il faudrait diviser le pont de tissu qui unit les deux lobes et qui est formé par l'isthme. Il suffira de le serrer dans deux fortes ligatures et de le sectionner au milieu soit avec le bistouri, soit avec le thermocautère, à condition d'être assez éloigné de la trachée et de l'œsophage pour ne pas les atteindre. On se conduira de même s'il s'agit d'une tumeur qui n'est reliée à la glande que par un pédicule.

Mais le manuel opératoire est différent s'il s'agit d'un goître central, entouré de tous côtés de tissu thyroïdien sain (*Kropfknoten*). Il faut alors, lorsqu'on est arrivé sur la glande, saisir le tissu parenchymateux par petites portions, entre deux pinces hémostatiques, et l'inciser couche par couche, jusqu'à ce qu'on ait atteint la coque fibreuse qui enveloppe le néoplasme. On fend celle-ci sur la sonde cannelée dans toute sa longueur, et l'on énuclée avec le doigt ou avec un instrument mousse. Cette énucléation est assez facile à cause de la lâcheté du tissu conjonctif qui unit le tissu du goître à la capsule. Si l'on voulait enlever cette dernière, on aurait des hémorragies assez fortes et l'on rencontrerait des adhérences très nombreuses. Il peut se faire aussi que l'une des faces de la tumeur ne soit pas recouverte de tissu glandulaire, qu'elle se trouve à la surface

de la glande; cela simplifie alors beaucoup l'opération.

Rose déconseille fortement cette énucléation du goître central. Il redoute l'incision du tissu glandulaire, à cause des hémorragies parenchymateuses, et préfère l'extirpation totale. Au surplus, il paraîtrait que Billroth aussi la pratique maintenant rarement. Il résulte en effet du dernier travail de Woelfler c), que, pendant les années 1877 à 1881, Billroth a fait 22 fois l'extirpation totale, 24 fois celle d'une moitié de la glande, et seulement 2 fois l'énucléation d'un goître central.

Hémostase. — La question de l'hémostase domine toute l'histoire de la thyroïdectomie : elle en forme en quelque sorte le pivot. Comme c'était surtout la crainte de l'hémorragie qui empêchait les chirurgiens de tenter l'extirpation du goître, ceux qui étaient assez hardis pour l'entreprendre, se sont efforcés de trouver un mode opératoire qui les mît à l'abri des dangers qui les menaçaient de ce côté. Il y a donc lieu de s'étonner qu'en présence de cette préoccupation constante l'idée de pratiquer la ligature primitive des artères n'ait surgi que si tard.

Déjà quelques-uns des premiers opérateurs, tels que Desault, Dupuytren, pratiquèrent la ligature double de tous les vaisseaux avant de les couper; d'autres, tels que Hedenus, Langenbeck, Roux, n'employèrent cette précaution que pour les artères thyroïdiennes, les autres vaisseaux n'étant liés qu'au fur et à mesure qu'on les divisait, et encore n'en liait-on que le bout central. Il arrivait alors que le bout périphérique donnait tellement, qu'il fallait le comprimer pendant le reste de l'opération, ce qui gênait beaucoup le chirurgien et paralysait l'aide.

Ce ne fut qu'en 1873 qu'un chirurgien anglais, Heron

Watson, publia un travail où il indiquait un manuel opératoire destiné, selon lui, à prévenir toute hémorragie pendant l'opération : la ligature primitive de tous les vaisseaux afférents et efférents du goître. Déjà avant lui, en 1871, un chirurgien américain, Warren Green, avait indiqué une nouvelle méthode, moins rationnelle, pour réduire l'hémorragie. Il conseillait de fendre d'abord les téguments, ensuite l'aponévrose d'enveloppe du goître, d'énucléer la tumeur avec le doigt et le manche du scalpel, sans s'occuper de l'hémorragie, de pénétrer aussi rapidement que possible jusqu'à la base de la tumeur pour comprimer les artères thyroïdiennes, enfin de lier le pédicule en plusieurs portions. Bien que les trois cas opérés par Greene, par ce procédé fussent heureux, il eut des hémorragies redoutables (v. la statistique). Il n'a pas trouvé d'imitateurs.

Voici maintenant en quoi consiste le procédé de Watson : il fend toutes les couches qui recouvrent la tumeur par une longue incision médiane, en ménageant la capsule fibreuse, contourne avec l'index les bords supérieur et latéral du goître et fait passer sous la glande, du milieu du bord supérieur au milieu de l'un des bords latéraux, une aiguille de Deschamps armée. Cette anse de fil, étant nouée, renferme environ un quart des vaisseaux. La même manœuvre est répétée à chacun des trois autres angles. On divise ensuite la capsule et l'on excise la tumeur au moyen de ciseaux courbes.

Watson employa ce procédé huit fois, sept patients guérirent; le huitième mourut à la suite de l'entrée de sang dans la trachée blessée pendant l'opération.

Watson lui-même n'a pas une foi illimitée dans l'effica-

cité absolue de son procédé, puisqu'il prévoit encore le cas où des hémorragies pourraient se déclarer. Au surplus, son emploi présente plusieurs graves inconvénients et même des dangers, que Woelfler *b*) (n° 27, col. 734), résume comme il suit :

1° De grandes portions du tissu du goître sont comprises dans les ligatures et peuvent devenir le point de départ de violentes hémorragies. C'est ce qui arriva dans le second cas de Watson; la ligature en masse de l'une des thyroïdiennes supérieures glissa pendant l'opération et il y eut une hémorragie qui mit la vie du patient en danger; 2° il est presque impossible d'éviter que les nerfs laryngés soient compris dans les ligatures en masse; 3° il reste dans la plaie de grandes portions de tissu qui doivent se mortifier et entraver la marche de la guérison; 4° en se servant des ciseaux, on perd le bénéfice d'une énucléation par la voie mousse et d'une guérison intra-capsulaire. — J'ajouterai, 5° qu'il est impossible que tous les vaisseaux qui se trouvent à la base de la tumeur, et surtout les veines, soient compris dans les ligatures quelque loin qu'on les porte ; enfin, 6° que les portions de tissu qui ne se mortifient pas exposent le patient à une récidive.

Michel recommande d'aller, aussitôt après l'incision des téguments, à la recherche des vaisseaux thyroïdiens supérieurs. Il dit avoir remarqué chez son opérée une diminution du volume de la tumeur et un affaissement des veines. Mais il ne veut les couper qu'à la fin de l'opération, pour ne pas arracher les ligatures. Cela doit gêner beaucoup l'opérateur et être une entrave à l'énucléation. Michel ne lie les thyroïdiennes inférieures qu'après avoir isolé la moitié inférieure du goître.

Aujourd'hui tout le monde est d'accord sur ce point fondamental, qu'il ne faut sectionner un vaisseau qu'après y avoir interrompu le cours du sang, aussi bien du côté du centre que du côté de la périphérie. Mais le *modus faciendi* diffère. Les uns, tels que Billroth, Bruns, Rose, Kocher, Lücke, Michel, Terrillon, etc., pratiquent tout de suite la ligature double suivie de la section du vaisseau ; les autres, par exemple, Baumgaertner, saisissent les vaisseaux et les brides fibreuses entre deux pinces hémostatiques et les divisent en laissant les pinces en place, pratiquant ainsi la forcipressure. Après l'enlèvement de la tumeur, on examine le contenu de toutes les pinces restées dans la plaie; la plupart ne renferment pas de vaisseaux ou bien ils sont si petits que la pression a suffi pour les oblitérer. Par ce procédé, Baumgaertner dit que le nombre de ligatures qui restent dans la plaie est considérablement réduit, et, tandis que, dans son premier cas, il en a dû laisser une cinquantaine dans la plaie, il n'a eu besoin, dans les autres, que de 9 ou 10, même pour des goîtres volumineux; une fois même (n° 15), 3 ligatures ont suffi. En outre, chaque vaisseau doit être soigneusement isolé de tout tissu étranger avant de le lier. C'est à ce procédé que Baumgaertner attribue la rapidité de la guérison chez tous ses malades et c'est au surplus une précaution que la plupart des chirurgiens recommandent.

Péan se sert également de pinces hémostatiques (du reste, il est le créateur de cette méthode) ; mais au lieu de les remplacer par des ligatures, il les laisse en place. Chez le premier de ses malades, il en laissa douze. Je ne puis approuver cette manière de faire. Toutes les fois que j'ai vu des pinces rester à demeure, dans des cas où la ligature

n'était pas praticable soit à cause de la profondeur de la plaie, soit pour un autre motif, j'ai vu celle-ci prendre un mauvais aspect, comme si elle avait été barbouillée de perchlorure de fer (v. le cas de Borel, obs. 84.)

Mais il ne faut pas seulement lier les vaisseaux : les brides fibreuses allant du goître aux tissus ambiants renferment très souvent des artères et des veines; il faut donc les munir également d'une ligature double ou les saisir entre deux pinces.

A propos des vaisseaux, Lücke et Rose donnent un conseil qu'il est bon de suivre : c'est de ne pas les couper trop près de la capsule fibreuse, à cause de la difficulté qu'on aura à les lier ou à les pincer; la tumeur ressemble alors à une éponge qu'on exprime. Il faut les diviser le plus loin possible de leur point d'entrée ou de sortie et les isoler avant de les lier (v. l'obs. de Rose, n° 210.)

Ce qui est vrai des vaisseaux de la tumeur, l'est à plus forte raison de ceux qui restent dans la plaie. Il faut les lier assez loin du bout coupé et serrer fort le fil, afin que les efforts de toux et de vomissement ne fassent pas sauter la ligature. (V. au chapitre des hémorragies et le cas de Bruns, n° 109).

Quant au procédé à choisir, je considère comme le meilleur celui qui est préconisé par Baumgärtner, et qui, du reste, est adopté par beaucoup de chirurgiens dans toute espèce d'opérations. On évite ainsi une masse de ligatures inutiles. Tout au plus pourrait-on, si le nombre de pinces hémostatiques devient trop considérable, remplacer à un moment donné, par des ligatures, celles qui renferment des vaisseaux qui saignent, car un certain nombre de petits vaisseaux auront déjà été oblitérés par la forcipressure. Ce

procédé a un autre grand avantage : c'est d'être beaucoup plus expéditif; le chirurgien ou son aide n'auront pas besoin de suspendre à tout instant l'opération pour mettre des ligatures; à la fin de l'acte opératoire, ce sera une affaire de quelques minutes.

Si, au contraire, on lie tous les vaisseaux et les brides fibreuses au fur et à mesure, on arrive souvent à un chiffre colossal de ligatures. Il n'est pas du tout rare d'en trouver trente à quarante. Chez son malade nº 98, Bruns plaça 80 à 90 ligatures *doubles*, dont la moitié, c'est-à-dire 80-90, resta dans la plaie; chez un autre (nº 106) 72; Hedenus en plaça 65; Aug. Reverdin (nº 204) plus de 80; Rose (nº 208) 71, et chez le malade nº 202 jusqu'à 87 ligatures, qui furent amenées à l'extérieur; Nussbaum (nº 200) et Bottini (nº 7), laissèrent respectivement 80 et 100 ligatures dans la plaie, le même nombre, comme dans tous les cas cités ci-dessus, sauf celui de Hedenus, étant enlevé avec la tumeur; à plusieurs reprises, Gussenbauer abandonna plus de 80 ligatures dans la plaie. Mais le chiffre le plus considérable est celui atteint par Wegner et Kraus : il est de 150 à 160; chez l'opéré de Kraus, elles furent toutes amenées et fixées à l'extérieur de la plaie; elles tombèrent du 11ᵉ au 15ᵉ jour.

Jusqu'à l'introduction du pansement antiseptique, cette dernière façon de traiter les ligatures, c'est-à-dire d'amener les fils au-dehors par l'angle inférieur de la plaie et de les fixer en un ou deux faisceaux à côté des bords au moyen d'un morceau d'emplâtre, cette façon, dis-je, était la seule employée. Elles faisaient ainsi l'office de drains, mais il en résultait un inconvénient très grave. En s'imprégnant des sécrétions de la plaie, les fils (soie ou chanvre) devenaient une cause d'infection. Depuis l'adoption de la méthode an-

tiseptique, on emploie généralement la ligature perdue, sans que celle-ci ait cependant détrôné complètement l'ancienne; seulement cette dernière a bénéficié du nouveau mode de pansement, et si celui-ci est bien appliqué, la plaie reste aseptique.

On se sert surtout de deux substances pour les ligatures : de catgut et de soie phéniquée. Si c'est le catgut, on fait toujours la ligature perdue. Dans les premiers temps de l'ère antiseptique, il était seul employé; mais, tant à cause de la mauvaise qualité de la matière première, que d'un mode de préparation défectueux qui faisait du catgut le porteur même des germes d'infection, cette substance tomba dans un grand discrédit dont elle s'est cependant relevée maintenant. Elle fut remplacée par la soie bouillie et conservée dans l'acide phénique (Czerny). Les ligatures de soie phéniquée furent employées des deux façons; mais on trouva bientôt que dans beaucoup de cas, la soie, même bien désinfectée, ne s'enkystait pas ou n'était pas absorbée comme le catgut (sauf peut-être dans la cavité péritonéale). On vit presque constamment se former ces abcès secondaires et ces suppurations rebelles dont il sera question plus loin. C'est ainsi que, dans un cas où Billroth (nº 63) avait seulement appliqué deux ligatures de soie perdues et où il y eut réunion par première intention en six jours, les deux fils furent éliminés par deux petits abcès qui se formèrent quelque temps après. Qu'on compare à cela le cas d'Aug. Reverdin (nº 203), où plus de 80 ligatures de catgut furent absorbées dans une plaie complètement guérie en 6 jours. Ce furent ces abcès qui engagèrent beaucoup de chirurgiens à revenir aux longues ligatures fixées à l'extérieur. En effet, celles-ci tombent

du 8e au 12e ou 15e jours et la plaie peut alors se fermer définitivement.

Woelfler *b* (n° 31) dit, dans une courte note à la fin de son travail, que dans les quatre derniers cas opérés par Billroth, en 1879, celui-ci a employé cette méthode et qu'elle n'a en aucune façon entravé la guérison par première intention.

Lister, Kocher et plusieurs autres chirurgiens se sont efforcés de découvrir un mode de préparation du catgut qui fournît une substance convenable. Lister a employé l'acide chromique, le second, l'essence de genévrier (v. *Centralblatt für Chirur.*, 1881, n° 23). Le catgut, préparé de ces deux façons, répond à toutes les exigences; il y a donc grand avantage à l'employer et à en revenir à la ligature perdue.

Je terminerai cet exposé du manuel opératoire en rappelant, dans un résumé aussi succinct que possible, les principaux actes de l'opération.

Le malade étant placé dans la position et avec les précautions indiquées plus haut :

Incision cutanée sur la ligne médiane ou le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien; rétraction des veines sous-cutanées à direction parallèle; ligature double et section de celles qui traversent le champ opératoire; division des tissus couche par couche sur la sonde cannelée jusqu'à la tumeur; incision de la capsule fibreuse; énucléation par la voie mousse en attaquant tantôt d'un côté, tantôt de l'autre; aller le plus tôt possible à la recherche des vaisseaux thyroïdiens supérieurs, les pincer ou les lier; achever l'énucléation jusqu'à la base; sectionner tous les vaisseaux et toutes les brides fibreuses entre deux pinces ou deux ligatures; décoller le goître de haut en bas et du bord

externe vers la ligne médiane (base); après avoir libéré le bord inférieur, achever l'isolement de la face postérieure (moitié inférieure) et pincer ou lier les vaisseaux thyroïdiens inférieurs; rechercher les nerfs récurrents aussi bas que possible et les isoler des artères thyroïdiennes inférieures en remontant; arrivé au pédicule, après l'énucléation de tout le reste de la tumeur, le détacher avec précaution du larynx et de la trachée ou le saisir dans une ou plusieurs ligatures en masse doubles au moyen d'une aiguille de Deschamps ou de pinces; s'il y a hémorragie capillaire ou parenchymateuse, l'arrêter soit par la compression avec des éponges, soit par des irrigations d'eau glacée ou très chaude. S'il s'agit d'un goître central, inciser le tissu glandulaire entre deux pinces hémostatiques jusqu'à la capsule, la fendre sur la sonde cannelée dans toute sa longueur et énucléer par la voie mousse. Si l'on se sert de catgut, ligatures perdues; si c'est de soie, on peut en agir de même ou bien fixer les fils à l'extérieur de la plaie.

TRACHÉOTOMIE PRÉLIMINAIRE.

Rose, dans son travail sur la cure radicale du goître, dit que la trachéotomie préliminaire doit être faite dans *tous* les cas où la trachée est ramollie et tout au début de l'opération. L'incision doit être pratiquée à l'endroit où l'altération et le rétrécissement du tube aérien sont le plus marqués. Après avoir divisé les téguments et les couches de tissu conjonctif et aponévrotique qui recouvrent la tumeur, il cherche l'endroit, marqué par une gouttière, où les deux lobes latéraux du goître sont soudés entre eux, il les sépare, met la trachée à nu et l'incise. Il emploie une canule très longue, parce que le rétrécissement siége parfois très bas.

Sous cette forme absolue la nécessité de la trachéotomie préliminaire n'a été admise par aucun autre chirurgien. Sur les 16 cas opérés, de 1877 à 1879, Billroth n'a pratiqué cette opération qu'une seule fois (n° 75), et seulement, au cours de l'opération, pour détourner une mort imminente, bien que dans plusieurs autres cas la trachée fût également ramollie ou que les symptômes observés le fissent supposer. Dans son dernier travail, Woelfler *c)* dit que sur 48 extirpations de goîtres parenchymateux pratiquées par Billroth, de 1877 à 1881, la trachéotomie a été faite 5 fois avant, pendant ou après l'opération; indication : asphyxie imminente.

De ces cinq patients, trois moururent, tandis que des quarante-trois autres, un seul succomba. Il ne faut cependant pas conclure de là que la trachéotomie ait été la cause de la mort, mais seulement que la présence d'une trachéosténose aggrave beaucoup le pronostic. Il est certain toutefois que cette opération, qui en elle-même ne présente pas de gravité, emprunte un caractère beaucoup plus sérieux aux circonstances où elle se trouve placée ici (pénétration de sang dans la trachée : Billroth, n° 75, Reverdin, n° 206, Rose, n° 216, Watson, n° 29) (1).

(1) Au dernier congrès des chirurgiens allemands à Berlin, Woefler, résumant en quelque sorte l'expérience faite à la clinique de Billroth jusqu'en 1883, a de nouveau insisté sur ce point, que ce n'est que dans le cas de trachéosténose des plus prononcées (*hochgradigst*) qu'il faut pratiquer la trachéotomie; car non seulement elle gêne pendant l'opération, mais elle entraîne aussi de grandes difficultés pour le traitement consécutif. Il paraîtrait que la trachée ramollie reprend peu à peu de sa consistance.

Plusieurs autres orateurs ont encore examiné la même question. Kocher s'abstient de faire la trachéotomie autant que possible, les résultats de la statistique témoignant contre elle. Il faut surtout surveiller la trachée pendant l'opération, pour éviter les coutures. Bardeleben a fait quatre thyroïdectomies, dont une totale, pendant le semestre écoulé, sans pratiquer la trachéotomie. Il recommande égale-

Dans la statistique, nous trouvons quinze cas de ramollissement trachéal bien constaté; la trachéotomie préliminaire a été faite huit fois, non compris l'observation nº 206. (Je ne parle pas ici des cas où l'ouverture des voies aériennes a été faite pour d'autres motifs : Borel, nº 84; Riedel, nº 220; King, nº 9; Watson, nº 29.) Un malade (nº 201) a succombé au collapsus; un autre (nº 206), auquel on a fait la trachéotomie préliminaire, sans qu'il paraisse y avoir eu ramollissement, a succombé aux suites d'une complication (pneumonie) due à la trachéotomie (introduction de sang dans la trachée); deux autres opérés (nºs 216 et 219) ont été emportés par des affections auxquelles la trachéotomie a été étrangère, bien que, dans le premier de ces cas, l'écoulement persistant de sang dans les voies aériennes doive certainement avoir beaucoup aggravé la situation de la patiente; les autres se sont rétablis. Dans quelques-uns de ces cas, le patient a été arraché à une mort imminente (v. plusieurs cas de Rose, Hieguet, nº 2). Des sept autres patients atteints de ramollissement, l'un succomba à une asphyxie foudroyante (nº 215), les autres se rétablirent. On peut en outre considérer comme certain, que parmi les malades où la dégénérescence du tube aérien n'a pas été *constatée*, il y en avait où, d'après les symptômes, elle devait exister; néanmoins, presque tous ont guéri.

En résumé, dans la plupart des cas, c'est le tact et l'ex-

ment de bien surveiller la position de la tête; Maas, de Fribourg, se range à l'avis des préopinants. Il cite deux cas où le goître avait refoulé en arrière et courbé, en forme d'arc de cercle, la trachée dégénérée et ne représentant plus qu'un tube membraneux. Cette déformation persista dans un cas même après la guérison; dans l'autre, la trachée reprit peu à peu sa place normale. (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

périence du chirurgien qui doivent le guider dans chaque cas individuel ; il n'est pas possible de formuler une règle invariable.

SOINS IMMÉDIATS. — PANSEMENTS. — SOINS CONSÉCUTIFS, ETC.

J'ai dit plus haut que je me place au point de vue de la méthode antiseptique la plus rigoureuse. Je me dispenserai donc d'entrer dans des détails à ce sujet, toutes les questions y relatives ayant fait l'objet de nombreux travaux.

L'hémostase sera faite de la façon la plus scrupuleuse ; on lave ensuite soigneusement la plaie et les alentours avec une solution d'acide phénique de 2 et de 4 p. c. respectivement ; une solution plus forte serait dangereuse, à cause des organes importants à nu dans la plaie. On peut aussi employer une solution de thymol au 1/10e.

Une excellente pratique, c'est de badigeonner la plaie, après l'avoir lavée et bien séchée, avec une solution aqueuse de chlorure de zinc. Cet antiseptique est employé depuis longtemps par un certain nombre de chirurgiens (Campbell de Morgan, Socin, Lister, Bardeleben, Billroth, Winiwarter, etc.), et l'usage tend à s'en répandre, depuis qu'on a constaté les effets toxiques de l'acide phénique. Kocher, notamment, fait un grand éloge de cet agent et trouve qu'il n'est pas apprécié comme il le mérite. Il attribue ce fait à ce que jusqu'à présent on a employé des solutions trop fortes, 6 à 8 p. c. On produit ainsi une véritable cautérisation et des eschares, ce qui favorise la « septification » des plaies. Kocher (*Samm. Klin. Vortraege*, n°s 203 et 204) recommande de n'employer que des solutions de 2 à 2 1/2 ‰. Les expériences que lui et son assistant, le d^{r} Amüat (*Ueb. die antisept. Eigenschaften schw.*

Chlorzinkloesungen, Zeits. f. Chir., 1882, p. 435) ont faites à ce sujet, ont démontré qu'à cette faible dose le chlorure de zinc possède des propriétés antiseptiques et désinfectantes suffisantes. Il préconise également cette solution pour le lavage et l'irrigation des plaies.

La plaie ayant été désinfectée suivant l'une ou l'autre de ces méthodes, on procède à la réunion des lèvres de la solution de continuité. On se sert, pour la suture, de fils de soie phéniquée, au moyen desquels on recoud la plaie dans toute sa longueur, en ayant soin que le bord de la peau ne se recoquille pas ou que des lambeaux de tissu conjonctif ne viennent pas s'interposer, ce qui retarderait la guérison et ne donnerait pas une cicatrice linéaire parfaite. Il est bon de placer deux ou trois, et si la plaie est fort grande, un plus grand nombre de sutures de fil d'argent à plaques (sutures de détente), qui ajoutent beaucoup à la solidité de la réunion et servent à la maintenir les premiers jours, après l'enlèvement des sutures superficielles. Quelques chirurgiens les enlèvent *avant* ces dernières; je considère l'autre pratique comme préférable, parce que les fils d'argent n'irritent pas la plaie.

Avant de nouer les fils, il faut introduire les drains, soit des tubes en caoutchouc, soit des tubes en os décalcifiés. On en mettra un, deux ou trois, suivant la forme de la plaie. On veillera à ce qu'ils ne pressent pas sur un organe important (vaisseau ou trachée amincie), pour ne pas avoir de décubitus ou d'ulcération (v. le cas de Mosetig, n° 186). J'ai très souvent constaté que le drain, par la pression élastique qu'il exerce sur tout son trajet, détermine une eschare superficielle; c'est probablement à cette cause qu'est due la lenteur avec laquelle le point de drainage se cicatrise,

lorsque tout le reste de la plaie s'est réuni par première intention (1).

L'occlusion de la plaie étant terminée, on procède au pansement. On saupoudre la plaie linéaire et les alentours immédiats de poudre d'iodoforme et l'on applique pardessus de la gaze iodoformée ou phéniquée qu'on recouvre d'une feuille de gutta percha.

Je n'entrerai pas dans les discussions qu'a soulevées l'emploi de l'iodoforme. Je crois qu'appliqué sur une plaie linéaire, bien fermée, il n'y a aucun danger d'intoxication. Il ne faut pas recouvrir d'iodoforme la surface interne de la plaie, d'abord pour ne pas exposer le malade à l'intoxication, et ensuite, parce que c'est un obstacle à une bonne réunion immédiate dans la profondeur.

Au surplus, le pansement de Lister typique, à la condition d'être fait avec des matériaux *de bonne qualité* et de contenir une quantité suffisante d'antiseptique, répond à toutes les exigences. On entourera ensuite tout le cou jusqu'au thorax d'une épaisse couche d'ouate de Bruns, et l'on appliquera deux séries de bandes. La première se composera de bandes de coton écru, souple, embrassant la partie supérieure du thorax, les épaules, le cou et toute la tête sauf la figure ; la seconde série se composera de bandes de mousseline apprêtée qui recouvriront tout simplement les premières, et qui, après dessiccation, formeront un appareil immobilisateur parfait. Il faudra maintenir la tête et le cou

(1) Riedel (*Die Behandlung der Kothfisteln, etc. — Centralblatt f. Chirurgie*, n° 14, p. 215, note 1885) a récemment rapporté un cas intéressant d'ovariotomie dans lequel la pression d'un drain détermina la perforation d'une anse intestinale et la formation d'une fistule stercorale.

du patient dans l'immobilité absolue jusqu'à ce que le bandage soit complètement séché.

Si la trachée était ramollie, on pourrait suivant le conseil de quelques chirurgiens, consolider l'appareil au moyen d'attelles moulées (carton, gutta-percha, etc.), embrassant les parties latérales et postérieures du cou et la tête.

Le premier pansement restera plusieurs jours, l'état du malade étant contrôlé deux ou trois fois par jour au moyen du thermomètre. Si celui-ci indique un accroissement de température et que d'autres signes fassent supposer une rétention ou une décomposition des liquides de la plaie, il faut lever le pansement. On n'oubliera cependant pas que l'hyperthermie peut dépendre d'une fièvre aseptique (Volkmann). L'état général du malade et d'autres symptômes permettront presque toujours de juger à quoi est due l'élévation de la température.

Les pansements consécutifs se feront le plus rarement possible. Plusieurs fois la guérison s'est opérée sous le premier pansement. Si la cicatrisation se fait suivant la marche typique d'une plaie aseptique, elle sera terminée en 6, 8 ou 10 jours. Si la réunion ne se fait pas par première intention, si les lèvres de la plaie s'écartent, il sera préférable d'employer une pommade au nitrate d'argent au 1/100e; la cicatrisation se fera alors plus rapidement qu'en appliquant la gaze phéniquée ou le protective directement sur la plaie. Si l'on a fait usage de drains en os décalcifié, ils pourront être absorbés; les autres seront retirés le plus tôt possible, pour ne pas retarder la guérison, et dès que l'état de la plaie permettra de ne plus craindre de rétention de liquide.

Si l'on a dû faire la trachéotomie, Rose conseille de

laisser la canule en place jusqu'à ce que la peau se soit appliquée intimement tout autour.

Quant aux complications locales ou générales qui pourraient survenir, on les traitera suivant les règles ordinaires.

Pendant les premiers jours, le patient gardera un silence absolu ; Rose conseille de ne le laisser communiquer avec son entourage que par écrit, au moyen d'une ardoise. On lui donnera des aliments liquides ou mous, des lavements (au bout de deux à trois jours seulement), etc. La moindre velléité de tousser sera immédiatement combattue par des opiacés.

Ainsi que je viens de le dire, la durée de la guérison varie dans de larges limites. Une plaie aseptique sera réunie par première intention, en 6 ou 8 jours (Aug. Reverdin, n° 204 et 205, Billroth, n° 63 et 68, Gussenbauer, n°s 127, 128, 130, Monod, etc.) Woelfler assigne aux opérés de Billroth, depuis 1877, une moyenne de traitement de 8 à 15 jours. Il est évident que, si la suppuration vient à se déclarer, le travail de cicatrisation exigera plusieurs semaines et même des mois.

ACCIDENTS ET SUITES DE L'OPÉRATION.

Pour éviter des redites, je traiterai dans le même chapitre les complications primitives et les complications secondaires.

1° *Hémorragies.* — C'est la complication la plus redoutée, celle qui a fourni aux chirurgiens le principal argument contre la thyroïdectomie.

A. *Hémorragies artérielles.* — *a), Primitive.* — Elle peut être due à une lésion de la carotide. C'est le cas le plus rare. Bien que fâcheux, cet accident n'est pourtant pas aussi grave qu'on le supposerait à première vue, pourvu

que le chirurgien parvienne immédiatement à saisir et à lier le vaisseau. On possède un assez grand nombre de cas de ligature de la carotide pour causes diverses et où le malade s'est parfaitement rétabli.

Le plus souvent l'hémorragie provient de l'une ou l'autre des thyroïdiennes ou de leurs ramifications; des branches de la linguale peuvent également être blessées (v. le cas de Tillaux.)

L'hémorragie serait fort à craindre si les artères étaient atteintes de dégénérescence athéromateuse ou calcaire, ou d'ossification ; si l'on avait constaté cet état avant l'opération, ce serait une contre-indication absolue.

Outre l'hémorragie artérielle, on peut avoir une *hémorragie parenchymateuse*. Elle se déclare avec une extrême violence toutes les fois qu'on attaque le tissu de la glande sans les précautions nécessaires. Elle est beaucoup plus difficile à arrêter que la précédente.

J'ai exposé plus haut, au chapitre du manuel opératoire, les précautions à prendre pour l'éviter ou pour l'arrêter si elle venait à se déclarer.

Plusieurs des cas d'hémorragie incoërcible, relatés dans la statistique, doivent probablement être rangés dans cette catégorie (v. les obs. de Fabrice de Hilden, n° 16, Desault, n° 11, Gooch, n°s 1 et 2, C, Smith, n° 15, D, et Nelson, n° 14, D.)

On pourrait distinguer une catégorie d'hémorragies intermédiaires entre les hémorragies primitives et les hémorragies secondaires : les *hémorragies récurrentes*, survenant non au moment de la division des tissus, ni lorsque le malade est déjà sorti des mains du chirurgien après l'opération, mais à un moment intermédiaire : tels sont les cas de Billroth (n° 42), et de Stukowenkoff.

Toutefois, pour ne pas trop multiplier les subdivisions, je les rangerai parmi les hémorragies primitives.

Les hémorragies artérielles et parenchymateuses primitives, d'une certaine importance, sont signalées dans 41 cas. Deux fois la carotide fut blessée; dans le premier cas (obs. 147), le malade mourut sous le couteau; dans le second (obs. 201), la ligature du vaisseau fut faite, mais le patient succomba le lendemain; six fois l'hémorragie fut telle que l'opération resta inachevée (Billroth, nº 48; Bruns, nº 90, la 2e opération de Desault et celle de Smith, enfin les deux cas rapportés par Gooch, (nos 1 et 2, C). Plusieurs patients succombèrent entre les mains du chirurgien.

Dans les deux cas de Gooch, la compression fut continuée pendant huit jours; la première fois, le patient guérit, la seconde, il succomba. En somme, la mort a été onze fois la conséquence directe de l'hémorragie artérielle primitive.

Aux 41 cas qui précèdent j'en ajouterai deux qui ne figurent pas dans ma statistique. L'un est rapporté dans le *Med. Corr.-Bl. der Würtemberg. Aerzte*, vol. VIII, p. 262. En 1838, un chirurgien wurtembergeois, en voulant extirper un goître, fut tellement épouvanté par l'hémorragie colossale qui se déclara tout à coup, qu'il s'enfuit et laissa saigner à mort sa malheureuse victime. Cela porte le nombre total d'hémorragies primitives mortelles à douze. L'autre est un cas de Bruns (v. Klein, *Beitrag z. chirurg. Behandl. d. Strumen*. Thèse de Tubingue, 1860). Bruns dut laisser l'opération inachevée, à cause de l'épuisement du patient, ayant coupé la thyroïdienne inférieure par suite de la maladresse d'un aide. Le patient mourut de septicémie.

Quant aux meilleurs procédés à employer pour empêcher

les hémorragies primitives ou secondaires, il en a été question au chapitre du manuel opératoire.

b. Hémorragies secondaires.— Elles sont signalées dans 31 cas, non compris le second cas de Gooch, que j'ai rangé parmi les hémorragies primitives.

Les hémorragies secondaires ont lieu soit dans les premières heures après l'opération, soit, et c'est le cas le plus fréquent, le lendemain ou les jours suivants. Parfois, il y a de véritables hémorragies à répétition. La première observation de Hedenus est surtout remarquable par le nombre et l'intensité des pertes sanguines; la dernière se produisit le 17e jour, le malade perdit ce jour-là plus de deux livres de sang et guérit néanmoins. Dans l'observation de Bruns (nº 92), il y eut à partir du 6e jour des hémorragies répétées de la thyroïdienne inférieure; le 10e jour, il y en eut une de la carotide commune, on en pratiqua la ligature, mais le patient mourut de pyohémie. Dans l'observation nº 94, une violente hémorragie se déclara le 9e jour. Le malade de Langenbeck (nº 171) succomba le 13e jour à une hémorragie foudroyante. Une fois (nº 213), un saignement abondant s'arrêta spontanément. La patiente de Tillaux eut le 5e jour une violente hémorragie de la cricoïdienne; le chirurgien rouvrit la plaie et lia le vaisseau; la patiente guérit. Dans le premier cas rapporté par Gooch (nº 1, C), la compression dut être continuée pendant huit jours; dans celui de Greene (nº 10, D), il se produisit, le 10e jour, une perte abondante dont on ne devint maître que par une compression maintenue pendant 72 heures. En somme, je n'ai trouvé que deux cas (Langenbeck et Holmes), où l'hémorragie secondaire ait entraîné directement la mort; 3 malades moururent de pyohémie ou de septicémie; chez un

autre (n° 216) la mort survint à la suite de complications broncho-pulmonaires; les autres guérirent.

Il me reste à dire un mot de la seconde opérée de M. Hieguet (v. obs. 2, H). Au moment de quitter l'hôpital, en apparence guérie, cette malade succomba à une hématémèse foudroyante. Je me demande si ce cas ne peut pas être rapproché de celui décrit par Bayer, assistant à la clinique de Gussenbauer (*Prager mediz. Wochenschrift*, 1882, n° 33). Dans ce dernier, la canule avait déterminé chez un goîtreux auquel on avait pratiqué la trachéotomie, une perforation de l'un des gros troncs artériels naissant de la crosse de l'aorte, et la mort fut presque foudroyante. Il est fort admissible qu'une ulcération produite par le frottement de la canule sur les tuniques de l'un des troncs artériels à travers la plaie trachéale ait continué à gagner en profondeur, même après le retrait du tube, et ait fini par les perforer.

La note que M. Hieguet a bien voulu me remettre ne donne, sur les antécédents et l'état de la malade, au moment de l'opération, aucun renseignement qui permette de donner une autre explication à ce cas unique.

Je ne m'arrêterai pas aux causes des hémorragies secondaires, elles sont les mêmes que dans toutes les autres opérations. J'appellerai seulement l'attention (*ut caveant consules*) sur le cas de Stukowenkoff, où les ligatures avaient été appliquées de telle façon qu'un grand nombre d'entre elles glissèrent, à peine l'opération terminée.

B. *Hémorragies veineuses.* — *a) Primitive.* — Elle est très fréquente, et les chirurgiens la redoutent autant et même plus que l'hémorragie artérielle. Les veines acquièrent généralement un volume très considérable et en même

temps s'amincissent au point de se déchirer comme du papier.

L'hémorragie veineuse peut provenir des troncs (jugulaires internes, externes, antérieures, thyroïdiennes, veines sous-cutanées), des plexus veineux ou du parenchyme.

Les auteurs appellent spécialement l'attention sur l'hémorragie veineuse. Sédillot (p. 1134), dit que « les difficultés de ces opérations (thyroïdectomies) sont assez grandes, en raison du nombre et du volume des veines qui se gonflent sous les yeux et la main du chirurgien et semblent lui opposer une barrière infranchissable. »

Autrefois cette complication a dû se produire plus souvent et sous une forme plus menaçante qu'à présent où, grâce au chloroforme, les efforts du patient sont supprimés et la respiration est calme et régulière. Toutefois, lorsque le patient est pris d'un accès de toux ou que la respiration est gênée pour une cause quelconque, cet engorgement peut encore devenir très considérable (Albert, nº 5). Le sang sort alors de tous côtés comme d'une éponge qu'on exprime.

L'hémorragie veineuse est signalée dix-huit fois comme particulièrement profuse. Deux fois (nºs 66 et 8, D), la jugulaire interne dut être liée. Les deux patients guérirent. Au surplus, la lésion et la ligature de ce vaisseau ne constituent pas un danger aussi grave qu'on le croyait autrefois. Pilger (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, 1881, p. 130 et suiv.), a réuni un grand nombre d'exemples de ligatures et de résections des gros troncs veineux sans suites fâcheuses. (Une discussion très intéressante et riche en citations sur le même sujet a eu lieu le 27 février dernier à la Surgical Academy de New York, à propos d'un travail sur cette ma-

tière, lu par le dr Pilcher (1). — V. *Medical News*, n° 12, 1883.)

Sept fois les hémorragies veineuses se distinguèrent par leur intensité, parce que dans plusieurs de ces cas les vaisseaux se déchiraient sous le doigt et les ligatures (nos 84 et 104, A, 6 et 8, D). Les patients guérirent. Une fois (n° 192), une veine sous-cutanée, probablement l'une des jugulaires antérieures ou la veine médiane du cou, fut incisée longitudinalement et une forte hémorragie s'ensuivit.

Dans un autre cas (Bottini, n° 4), il y avait une veine si volumineuse qu'aucune pince ne fut assez grande pour la saisir ; il fallut pratiquer la compression digitale, et ce ne fut qu'au bout d'une demi-heure qu'on devint maître de l'hémorragie.

L'exemple le plus remarquable est celui du patient de Sédillot (n° 30), chez lequel des saignements veineux formidables se reproduisirent pendant onze jours et mirent ses jours en danger.

Un malade de Billroth (n° 66) présenta également des péripéties émouvantes. Pendant l'opération : hémorragie veineuse colossale, ligature de la jugulaire interne, entrée de l'air dans une veine; pendant la guérison : thrombose de la jugulaire interne et de la veine sous-clavière ; malgré cela, guérison. Chez un autre opéré du même chirurgien (cas inédit, cité par Woefler), le goître adhérait si intimement à la jugulaire interne qu'on dut exciser une portion du vaisseau.

En somme, sur les 18 cas, il n'y en a qu'un où la mort puisse être imputée à l'intensité de l'hémorragie (n° 23, B). Quant au cas de Klein (n° 154), il est complexe, j'y reviendrai en parlant de l'entrée de l'air dans les veines.

b) Hémorragie veineuse secondaire. — On n'en cite que

(1) *Note ajoutée pendant l'impression.*

deux cas. Dans le premier (n° 186), une violente hémorragie se déclara le 7e jour; Mosetig l'attribua à l'ulcération d'une grosse veine, déterminée par la pression du drain. Le malade fut sauvé. Quant au second, (Sédillot, n° 30), il en a été question plus haut.

c) *L'hémorragie capillaire* ou *parenchymateuse* est spécialement mentionnée deux fois. Une fois (Bottini, n° 3), elle survint pendant l'opération et n'eut pas de suites; la seconde (Gussenbauer, n° 126), elle survint six heures après l'opération et affaiblit beaucoup le patient; toutefois celui-ci se rétablit.

Si maintenant nous réunissons tous les cas d'hémorragie artérielle, veineuse et parenchymateuse, nous trouvons 60 hémorragies primitives, avec 12 décès, et 34 hémorragies secondaires avec 3 décès.

2° *Entrée de l'air dans les veines.* — Il n'en existe que deux exemples bien avérés : celui de Billroth (n° 66), dont il a déjà été question; le malade guérit, et celui de Borel-Laurer (n° 84), qui mourut le surlendemain. (Woefler a cité au dernier congrès des chirurgiens allemands un cas inédit de Billroth, où un patient succomba à la suite de l'aspiration d'air par la veine thyroïdienne inférieure.) (1)

Günther attribue la mort du patient de Klein (n° 154) au même accident. Ne faudrait-il pas plutôt y voir un exemple de mort subite due au ramollissement de la trachée? En tout cas, avec de la circonspection, on évitera facilement cette complication. Si toutefois elle venait à se produire, on cherchera à ranimer le malade par des injections sous-cutanées d'éther, des aspersions et des douches d'eau froide et surtout par l'emploi énergique et soutenu de la respiration artificielle.

(1) *Note ajoutée pendant l'impression.*

3° *Lésions des nerfs.* — Les nerfs qui pourraient être blessés sont le pneumo-gastrique, le nerf laryngé inférieur et le grand sympathique. On ne rapporte aucun cas de lésion du premier, bien que plusieurs fois il ait été dénudé sur une certaine étendue. Si le fait se produisait, il n'aurait pas nécessairement de conséquences fâcheuses. Lücke rapporte (*Centralblatt f. Chir.* 1880, n° 36) le cas d'une femme de 28 ans, à laquelle il avait extirpé plusieurs tumeurs cancéreuses de la région latérale droite du cou. L'une d'elles enveloppait complètement la jugulaire interne et le pneumo-gastrique. Il les excisa tous les deux. La portion extirpée du nerf avait une longueur de douze centimètres. Les plaies furent guéries le 10e jour, et la patiente n'éprouva ni troubles respiratoires ni troubles circulatoires. Maurer (*Berl. Klin. Wochenschrift*, 1882, n° 26 et 27), rapporte l'histoire d'un malade atteint de sarcome du larynx, auquel Czerny enleva successivement (à cause de récidives ganglionnaires) des portions des deux jugulaires internes, de la jugulaire externe, du pneumo-gastrique (0,03), de la carotide et du grand hypoglosse gauches, sans aucun trouble du côté ni du cœur, ni du côté de la respiration. Fischer (in Pitha et Billroth : *Handb. der Chirur.* T. III. Abth. I. B., p. 94), cite plusieurs exemples de section ou d'excision de ce nerf, opérations auxquelles les malades survécurent. (V. aussi Deibel : *Ueb. die traum. Vagusparalyse beim Menschen.* Inaug. — Dissert. Berlin, 1881. — Analysé in *Centralbl. f. Chir.*, 1881, n° 47.)

La lésion des nerfs récurrents a été signalée un certain nombre de fois. Une fois (Billroth, n° 45), on trouva, à l'autopsie, le nerf récurrent compris dans la ligature de la thyroïdienne inférieure. Une autre fois (n° 51), Billroth *crut*

seulement l'avoir lié. Klein (n° 155) crut avoir coupé les deux nerfs récurrents. Son patient devint subitement muet pendant l'opération et resta aphone durant trois semaines, atteint en même temps d'une très forte dysphagie ; puis il recouvra la voix considérablement changée à son avantage. Mosetig (n° 189) excisa un morceau de 0,04 du nerf récurrent. Dupuytren (n° 12) avait coupé et lié le récurrent droit et l'anastomose du grand hypoglosse avec les nerfs cervicaux.

Le nerf récurrent fut encore sectionné chez un malade de Roux (obs. 24), d'Albert (obs. 9), et les deux opérés de Schœnborn. Les deux premiers succombèrent à des complications broncho-pulmonaires, etc.; l'une des patientes de Schœnborn mourut de tétanie, l'autre se rétablit. Wegner saisit l'un des nerfs récurrents dans une pince à glissière, ce qui détermina un grave accès de dyspnée ; après la guérison, il y eut pendant quelque temps de la parésie de l'épiglotte.

Wœlfler *c*) résume de la façon suivante l'état de l'appareil vocal, chez les 44 opérés guéris de Billroth, de 1877 à 1881 :

Dans 31 cas, rien ;

Dans 11 cas, paralysie de l'une des cordes vocales;

Dans 2 cas, paralysie des deux cordes vocales.

Les patients atteints de paralysie unilatérale finirent par recouvrer une voix parfaitement nette. Dans 3 cas (sur 13) la paralysie existait déjà *avant* l'opération. Un fait très intéressant, c'est que, chez une patiente où le laryngoscope avait révélé une paralysie bilatérale, et qui mourut de tétanie trois mois après l'opération, on ne trouva pas à l'autopsie qu'aucun des nerfs récurrents eût été sectionné, à moins d'admettre que les bouts divisés du nerf s'étaient

réunis de nouveau. On pourrait considérer ce fait comme venant à l'appui de l'opinion de Michel (du moins pour certains cas), qui dit que ce n'est généralement pas le nerf récurrent mais le rameau externe du laryngé supérieur qui est lésé.

L'explication donnée par Michel ne satisfait pas Terrillon *b*) (v. aussi *Revue de chirurgie* 1881, p. 1033), mais c'est à tort qu'il l'attribue à un auteur allemand. Terrillon cite des faits d'où il ressort à l'évidence que, dans certains cas, on ne peut pas invoquer une lésion des nerfs comme cause de la paralysie des cordes vocales, et il ajoute que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'expliquer ces faits. En ce qui concerne spécialement la malade de Billroth, il ne faut pourtant pas perdre de vue que déjà *avant* l'opération la voix était chuchotante, presque éteinte; on peut donc admettre que la compression exercée par le goître, ait amené des altérations pathologiques dans les nerfs.

Klein (n° 156) a observé des phénomènes nerveux graves, à la suite de tiraillements exercés sur le pneumogastrique et le nerf phrénique gauche : des douleurs dans la tête, des mouvements spasmodiques du diaphragme et des muscles de la déglutition, etc.

La lésion des nerfs laryngés exerce aussi une influence sur la déglutition : le patient s'engoue. L'opéré de Billroth (n° 45) fut dans l'impossibilité d'avaler. (V. aussi les autres cas, signalés plus haut).

La paralysie de l'une des cordes vocales ou de toutes les deux, l'aphonie et l'enrouement après l'opération ont été signalés 20 fois. Lorsqu'un seul nerf a été blessé et que par conséquent une seule corde vocale est atteinte, il y a enrouement; y a-t-il aphonie, alors il y a lésion nerveuse

bilatérale, et par suite, paralysie des deux cordes vocales. Michel (p. 721) estime que, dans la majorité des cas, ce n'est pas le nerf récurrent qui a été blessé, sa situation profonde entre la trachée et l'œsophage le mettant hors de portée, mais le rameau externe du laryngé supérieur. Ce dernier se rend au muscle crico-thyroïdien, tenseur de la corde vocale et au constricteur inférieur du pharynx. Cela peut être vrai dans certains cas, mais dans la majorité des cas, c'est certainement le récurrent qui est intéressé. Je crois cependant que cet auteur se trompe. D'abord, les rapports intimes du nerf avec la thyroïdienne inférieure le mettent en grand péril ; ensuite, lorsqu'on soulève un goître qui pénètre dans la gouttière trachéo-œsophagienne, pour isoler sa face postérieure, on entraîne toujours le nerf laryngé inférieur et, dans cette manœuvre, on peut facilement le léser.

Le premier auteur qui fasse mention de l'altération de la voix après les opérations sur les tumeurs du cou, est Galène. (V. l'*Historique*). Mais ce n'est que dans ces derniers temps que les accidents signalés plus haut, ont été bien observés. Woelfler (*b.*) n° 31, col. 833) rapporte que chez les six derniers opérés de Billroth, on a pu constater nettement, au moyen du laryngoscope, la parésie ou la paralysie de l'une des cordes vocales, accompagnée souvent de déviation hémiplégique de l'épiglotte.

Ces troubles peuvent guérir après un temps plus ou moins long; la malade de Michel ne recouvra sa voix normale qu'au bout de cinq mois. Dans dix cas, on dit que l'altération de la voix survenue après l'opération disparut; dans les dix autres, elle persista ; une fois (Richelot), il y eut paralysie des deux cordes vocales, puis guérison. Bardeleben et Riedel attribuèrent les phénomènes obser-

vés à l'imbibition du pneumogastrique par l'acide phénique, bien que le premier fasse observer que ce nerf n'a pas été mis à nu. Une fois (n° 74), on constata en même temps la paralysie d'une moitié de l'épiglotte, laquelle dans les cas de Wegner (voir plus haut) et de Gussenbauer (n° 128) exista seule; chez la malade de Küster, la voix, d'aphone qu'elle était avant l'opération, revint peu à peu, mais la parésie de la corde vocale gauche persista encore quelque temps; chez celle de Poland, la voix redevint naturelle après l'opération; il s'agissait donc simplement d'une compression par le goître. Roux (n° 25) rapporte que son patient, au cours de l'opération « éprouva une grande dyspnée et devint presque complètement aphone, ce qui paraît avoir eu pour cause la section du nerf récurrent; depuis l'opération, en effet, sa voix est restée plus faible et enrouée. »

4° *Lésions d'organes voisins.* — Une lésion directe de l'*œsophage* n'a eu lieu dans aucun cas. Une fois seulement, il y eut une dysphagie complète d'origine nerveuse : c'est l'observation de Billroth n° 45. Une dysphagie passagère est signalée dans beaucoup de cas; elle est la conséquence du traumatisme qui a porté sur les organes voisins, de la douleur et de l'inflammation; mais elle se dissipe au bout de quelques jours. L'engouement a été également observé plusieurs fois chez des patients atteints d'hémiplégie de l'épiglotte à la suite de la lésion des nerfs laryngés inférieurs (v. ci-dessus).

La lésion de la *trachée* s'est produite quatre fois. Une fois (n° 42) il y a eu nécrose des anneaux cartilagineux et perforation à la suite de l'application de perchlorure de fer pour arrêter une hémorragie. La deuxième et la troisième fois

(nos 181 et 29, C) la trachée fut perforée pendant l'opération, parce que la tumeur y adhérait trop fortement; dans le premier cas, la fistule ne fut découverte que le lendemain. Le quatrième cas est rapporté par Kraus (no 168), qui ne parvint à détacher la tumeur de la trachée qu'en enlevant le segment antérieur des anneaux cartilagineux jusqu'à la muqueuse; il n'y eut pas de perforation.

Les autres cas de perforation de la trachée et de l'œsophage, signalés par quelques auteurs, se rapportent à des goîtres cancéreux ou sarcomateux. Dans ces affections la lésion en question doit se produire beaucoup plus facilement à cause du caractère envahissant de ces néoplasmes.

Un cas unique de perforation du *larynx* est raconté par Wild. (Cette observation ne se trouve pas dans la statistique, l'auteur se contentant de relater cet incident). Je ne reviendrai pas ici sur les détails, ils ont été rapportés plus haut à l'occasion des altérations que le goître détermine dans les organes voisins.

5° *Troubles des voies respiratoires. — Accidents broncho-pulmonaires.* — Ces complications sont extrêmement fréquentes et présentent une grande variété. Elles peuvent survenir pendant l'opération ou consécutivement.

Pendant l'opération. — On voit souvent survenir des accès de toux, de dyspnée, de suffocation ou d'asphyxie plus ou moins intenses, pouvant aller jusqu'à la suspension complète du mouvement respiratoire (apnéosphyxie). Chez plusieurs patients cet état d'asphyxie fut porté si loin que la mort paraissait imminente (Borel, nos 84 et 87; Rose, no 217; Schœnborn, no 219; Hicguet, no 2, H); dans tous ces cas on parvint à rappeler le malade à la vie en pratiquant sur-le-champ la trachéotomie, etc., et l'on put terminer l'opéra-

tion. Il n'y a qu'un seul cas où la mort fut foudroyante à cause de l'état du cœur (Rose, n° 215). Les causes ordinaires sont le tiraillement ou la lésion des nerfs et les pressions ou tractions exercées sur la trachée ramollie ou rétrécie au moment d'en détacher la tumeur. (Je ne parlerai pas de l'action du chloroforme sur les voies aériennes, elle ne présente ici rien de particulier). Ces effets sont d'autant plus marqués que la trachée est plus altérée dans sa texture, et ils varient suivant le degré de ramollissement ou de rétrécissement qu'elle présente.

Les phénomènes nerveux ont été très manifestes chez les malades de Mandt (n° 184) et de Roux (n° 25). Il y a eu dans ces deux cas atteinte directe de nerfs importants. Une autre fois (n° 160), c'est en serrant la chaîne de l'écraseur qu'une forte dyspnée se déclara.

Deux fois (n°s 22 et 170), il y a eu trachéosténose sans ramollissement, et l'on ne put faire cesser les accès de suffocation qu'en remettant la tumeur en place. Une fois (n° 146), on attribua simplement la toux et la dyspnée à l'irritation de la trachée. Ne s'agissait-il pas ici, en partie du moins, d'une irritation provoquée par le chloroforme?

Tillaux signale des accès d'oppression cessant lorsqu'on rabattait le lambeau cutané sur la plaie.

Brochin rapporte qu'au moment où Péan (n° 19) détacha la tumeur de la trachée, la respiration s'arrêta tout à coup. Péan, se souvenant de l'irritation et de la sécrétion que le chloroforme détermine souvent dans les voies respiratoires, maintint la tumeur dans une bonne position pour éviter l'aplatissement et le tiraillement de la trachée, et fit incliner la tête du patient en faisant pratiquer en même temps la respiration artificielle. Au même moment, un demi-verre de

mucosités spumeuses s'écoula du fond de la gorge; il les fit enlever avec des éponges, et le malade revint à lui.

Ce cas présente un intérêt encore plus grand lorsqu'on le rapproche des observations de Maas (*Zur Frage von der Asphyxie bei Struma. — Breslauer Aerztl. Zeitschr.*, 1880, nº 13. — *Jahresbericht de Virchow*, 1881, II, p. 402). Maas dit que l'asphyxie dans le goître peut être déterminée non seulement par le mécanisme décrit par Rose dans le ramollissement de la trachée, mais aussi par l'arrêt, au point sténosé, de masses de mucosités provenant d'affections pulmonaires coexistantes. (Le malade de Péan était porteur d'une pleurésie double ancienne.)

Les troubles dus au ramollissement de la trachée sont signalés quinze fois (un 16e cas (Rose) figure parmi les morts subites). L'un de ces cas présenta une gravité exceptionnelle (Billroth, nº 75). Pendant qu'on isolait la tumeur de la trachée, la malade devint tout à coup cyanosée; tandis que Billroth se hâtait de dégager la trachée, il se produisit brusquement une coudure dans ce tube et la respiration cesse. On renversa la tête en bas, on étendit le cou : pas de signe de vie. Billroth termina alors rapidement la dénudation de la trachée, l'incisa et y insuffla de l'air par la canule à trachéotomie : la respiration se rétablit. Albert (nº 5) ne put faire cesser les accès de suffocation qu'en remettant la tumeur en place.

De ces quinze malades, quatre ont succombé. Chez l'un (nº 201), auquel on avait fait la trachéotomie, la cause de la mort n'est pas suffisamment déterminée : on dit seulement qu'il est mort de collapsus. Chez le second (Spence nº 17), la mort paraît due à une trachéosténose, suite d'un ramollissement. A l'autopsie, on trouva que les parois de la tra-

chée se touchaient presque; pas de trachéotomie. Le cas des deux autres opérés est complexe; pour les détails, voir la statistique nos 216 et 220.

Après l'opération. — La *toux* est fréquente pendant les premiers jours, soit qu'elle se développe à la suite du traumatisme et des complications de la plaie, soit qu'elle existât déjà avant l'intervention chirurgicale. En outre, il faut faire entrer en ligne de compte l'action irritante du chloroforme.

Quant à la *dyspnée*, il faut en distinguer plusieurs formes. Celle qui est due à la compression du tube aérien disparaît aussitôt après l'opération : le patient éprouve un soulagement immédiat. Celle qui résulte d'un catarrhe du larynx ou de la trachée, est rarement intense et se dissipe ordinairement au bout de quelques jours.

Le malade de Wegner eut pendant quelques jours de la toux, due à ce que le récurrent avait été pincé pendant l'opération.

La dyspnée qui accompagne les complications broncho-pulmonaires est plus grave ; mais la percussion et l'auscultation renseigneront à cet égard ; le diagnostic en est facile.

L'inflammation du tissu cellulaire du cou, le phlegmon, détermine également de la gêne respiratoire.

Mais il est une forme de dyspnée qui doit éveiller toute l'attention et je dirai même toutes les appréhensions du chirurgien : c'est celle qui se déclare en dehors de toutes complications bronchiques ou pulmonaires ou qui, si même une de ces dernières existe, acquiert une intensité que ne justifie pas la présence de celle-ci. Cette dyspnée est l'indice presque certain d'une infiltration ou d'une inflammation du

tissu cellulaire du médiastin. Elle est d'autant plus grave que l'auscultation et la percussion ne révèlent absolument rien et que même la plaie peut ne pas changer d'aspect. Cette complication sera traitée plus en détail au chapitre des *phlegmons*.

Accidents broncho-pulmonaires. — Je ne m'arrêterai pas à l'inflammation catarrhale du larynx et de la trachée. Elle est fréquente et existe très souvent déjà avant l'opération; comme je l'ai dit plus haut, dans aucun cas elle n'a présenté de la gravité et elle se dissipe généralement au bout de quelques jours.

Les complications graves des bronches et des poumons ont été constatées vingt-six fois. Mais dans un cas (Péan, n° 19), il s'agissait d'une pleurésie double *ancienne* (v. plus bas), il en reste donc vingt-cinq, qui se décomposent comme il suit :

N° 4, pleuropneumonie métastatique, chez un homme probablement déjà atteint de pyohémie avant l'opération (mort.)

N° 71, pneumonie double chez un buveur atteint de delirium tremens (guéri.)

N° 15, pneumonie disséminée avec dégénérescence graisseuse du cœur, chez une malade où l'on suppose une intoxication iodoformique (mort.)

N°s 75 (guérison), et 206 (mort), pneumonie à la suite de la pénétration de sang dans les voies aériennes après la trachéotomie *(Schluckpneumonie.)*

Dans un troisième cas (n° 211), cet accident n'a pas eu de suites.

Huit cas de pneumonie simple, dont six guérisons.

Un cas (n° 59), de bronchite consécutive à un phlegmon

du cou (guéri). Un cas, n° 39, de bronchite capillaire (mort.)

Nos 10 (mort) et 218 (guéri) : affection pleuropulmonaire (avec tétanie);

Nos 83 (guéri) et 24 B (mort) : pleurésie; ce dernier avait un commencement de médiastinite.

N° 120 (mort) pneumonie lobulaire bilatérale, etc.

N° 216 (mort) affections pulmonaires multiples, aspiration de sang.

N° 224 (guéri) complications broncho-pulmonaires.

N° 117, pleurésie; mort d'une phlébite de la jugulaire interne.

Le dernier cas est unique. Il s'agit d'un pneumo-thorax, survenu à la suite de la perforation de la plèvre, au sommet du poumon gauche, pendant l'opération (Nussbaum, n° 197; mort.)

Il n'y a donc eu que douze décès; en outre, plusieurs de ces cas sont complexes et l'on ne peut pas attribuer la mort aux accidents broncho-pulmonaires seuls (par exemple, les cas de tétanie, de phlébite, celui de Riedel, etc.)

6° *Infiltration purulente et inflammation du tissu conjonctif du cou et des médiastins. (Phlegmons, médiastinites.) — Pyohémie, septicémie. — Erysipèle. — Phlébite. — Thrombose.*

Les complications inflammatoires phlegmoneuses et leurs conséquences étaient redoutées autrefois presque à l'égal des hémorragies, et le nombre des victimes qu'elles ont faites est infiniment plus grand.

L'analyse suivante de la statistique ne pourra pas donner une idée exacte du nombre réel de phlegmons et de médiastinites. Dans beaucoup de cas où la cause de la mort

n'est pas indiquée, on doit certainement la mettre sur le compte de la suppuration ; en outre, chez une grande partie des malades qui ont été emportés par la pyohémie ou la septicémie, il doit y avoir eu des suppurations graves.

En ce qui concerne la *pyohémie* et la *septicémie*, je ne m'y arrêterai pas : elles ne présentent ici aucun caractère spécial.

Quant à la statistique qui les concerne, je renvoie aux *Conclusions*.

L'*érysipèle* est renseigné huit fois. Une fois (Albert, n° 6), il n'émanait pas directement de la plaie, mais de plaques de décubitus qui s'étaient formées à la nuque. Parmi les sept autres cas, il n'y a eu qu'un érysipèle grave de nature septique (n° 198). Une seule de ces malades a succombé, celle de Holmes, non à l'érysipèle, mais à une hémorragie.

La *phlébite* est signalée cinq fois. Il a déjà été question du plus intéressant de ces cas (Billroth, n° 66) : une ligature de la jugulaire interne fut suivie de thrombose de cette veine et de la sous-clavière (guérison.)

Le second patient (Emmert, n° 117), eut une thrombose de la jugulaire interne, dont la cause n'est pas expliquée (mort). Dans le troisième cas (Kocher, n° 157), la thrombose de la jugulaire interne fut la conséquence d'un phlegmon gangréneux du cou (mort). Le quatrième patient (Kraus, n° 169), succomba subitement le second jour. On ne put pas faire l'autopsie, on constata seulement que la jugulaire interne était entièrement remplie par un caillot.

L'opéré de Wood enfin (n° 30 C), présenta successivement une phlébite des deux saphènes internes. L'auteur ne donne aucune explication de ce phénomène, ni aucuns détails qui permettent d'en chercher une ~~guérison~~.

Il existe un cas de *thrombose artérielle* (avec embolie) (Mosetig, n° 187). Le patient mourut subitement au bout de 42 heures, et à l'autopsie on trouva une thrombose de l'artère basilaire, des artères sylviennes et de l'une des branches de l'artère pulmonaire.

On doit admettre que la thrombose de cette dernière était le fait primordial et que celle des autres vaisseaux n'était que la suite d'une embolie.

Les *inflammations phlegmoneuses du cou* et celles *des médiastins*, bien que de même nature, doivent être traitées séparément, tant au point de vue de l'étiologie que de la marche clinique et du pronostic.

Le *phlegmon* trouve dans la grande quantité de tissu conjonctif du cou, un terrain complaisant. Autrefois très fréquent et d'une intensité redoutable, il est devenu très rare aujourd'hui, grâce à la méthode antiseptique et au drainage, et l'on peut même dire qu'il n'existerait plus du tout si ce mode de traitement était toujours appliqué dans toute sa rigueur. Aussi n'entends-je nullement analyser tous les cas de « suppuration abondante » qui se rencontrent dans la statistique, sans compter qu'il serait très difficile, dans beaucoup de cas, de la distinguer de la simple suppuration des plaies sujettes à la réunion par seconde intention. Je ne relèverai que les cas de phlegmons bien caractérisés.

Deux fois (n°s 90 et 174), le pus n'était pas encore collecté, mais existait à l'état d'infiltration dans le tissu connectif (infiltration purulente); quatre fois il y a eu phlegmon simple; une fois (Weinlechner), un phlegmon septique; trois fois (Billroth, n° 60; Kocher, n° 157; Sédillot, n° 31) il existait un phlegmon gangréneux, dont le second était remarquable par son étendue et sa marche rapide (phlegmon foudroyant,

phlegmon bronzé des Français). Cinq patients ont guéri, dont un (nº 60) atteint de phlegmon gangréneux.

Les cas de *médiastinite* sont au nombre de sept (nºs 38, 42, 210, A, 8, 12, 19 et 24, B) ; ils se sont tous terminés par la mort. Une fois (Péan, nº 20) les deux médiastins étaient envahis. Le malade de Rose (nº 210), mort subitement le lendemain de l'opération, ne présenta à l'autopsie qu'une infiltration séro-sanguine étendue : la suppuration n'avait pas eu le temps de s'établir. Rose applique à cette phase de la médiastinite la dénomination d'*œdème purulent aigu* (Pirogoff.)

Rose explique la formation de la médiastinite par un effet d'aspiration, conséquence inévitable, dit-il, du mécanisme forcé de la respiration dans les cas de trachéosténose (rétrécissement, ramollissement) persistant après l'opération. L'auteur a surtout bien pu observer ce phénomène chez le malade auquel il avait mis à nu la crosse de l'aorte (nº 213). La plaie fut traitée à ciel ouvert et badigeonnée de temps en temps d'huile phéniquée. « C'était très curieux, dit-il, de voir comment, au moment de l'inspiration, l'huile et le pus disparaissaient dans ce profond entonnoir et remontaient en gargouillant, mêlés de bulles d'air, au moment de l'expiration. » Aussi considère-t-il la médiastinite comme une complication très fréquente. « Tous les individus, dit-il, sur lesquels l'extirpation totale a été pratiquée à cause d'une forte dyspnée (je ne parle pas seulement de moi, mais aussi de Billroth) ont succombé à cette médiastinite. » Le seul moyen, selon lui, d'y échapper dans les cas indiqués, c'est de pratiquer la trachéotomie.

Péan considéra la médiastinite chez son malade (nº 20) comme une simple fusée purulente, puisqu'il l'attribua à ce

que le malade, malgré ses recommandations, était constamment resté assis. Lui-même cependant signale la gravité de la coexistence d'affections pulmonaires anciennes. Ne serait-ce pas là un argument en faveur de la thèse de Rose (médiastinite par aspiration), le « mécanisme forcé » dont il parle étant accru par l'obstacle que la présence de ces affections pulmonaires apporte aux mouvements respiratoires. D'un autre côté, comme le patient de Rose (n° 210) était également atteint de complications thoraciques anciennes, on peut admettre avec le chirurgien français que dans quelques cas la présence d'un processus inflammatoire ancien facilite le développement d'une phlegmasie aiguë, et que le siége de la plaie, lorsque la suppuration est abondante, est favorable à la production de fusées purulentes.

Bouilly (p. 69) décrit de la manière suivante les caractères du phlegmon du médiastin :

Son début est brusque et succède à une opération dans la région cervicale profonde. (Dans un autre cas, après l'extirpation d'une tumeur maligne qui avait envahi les ganglions profonds du cou, les premiers symptômes survinrent le soir même; la mort eut lieu au bout de deux jours; on trouva les lésions de la médiastinite). Symptômes principaux : élévation brusque de la température, douleur très intense siégeant derrière le sternum et exagérée par la respiration, une respiration presque exclusivement diaphragmatique ; une dyspnée que l'auscultation n'explique pas, des battements de cœur sourds, un pouls inégal et mal frappé. La face est plombée, l'angoisse extrême, et la mort survient avec algidité, délire et abaissement de la température.

Aux phlegmons se rattache étroitement une autre complication, parce qu'elle peut dégénérer en phlegmon :

7° *L'infiltration séro-sanguine aiguë du tissu conjonctif du cou.* — Bégin rapporte que chez son malade, *après* la suture de la plaie et encore avant le pansement, une intumescence subite, à marche envahissante rapide, se déclara dans la région thyroïdienne. En très peu de temps elle s'étendit d'une région parotidienne à l'autre, du rebord de la mâchoire inférieure et du menton au contour sterno-claviculaire. Pas de crépitation ni de résonnance. Malgré les sangsues et la glace, le gonflement ne s'arrêta que vers la fin du second jour ; le malade fut menacé un instant de suffocation et de congestion vers la tête. Bégin considéra cet accident comme une congestion sanguine active du corps thyroïde, déterminée par l'excitation inséparable de l'opération.

Je crois, quant à moi, qu'il ne faut y voir qu'une infiltration séro-sanguine du tissu conjonctif, favorisée par l'occlusion de la plaie, et qu'il serait impossible que le corps thyroïde, sous l'influence d'une fluxion subite, puisse atteindre des proportions semblables. Au surplus, la marche ultérieure vient à l'appui de cette manière de voir. « De la sérosité sanguinolente s'écoula en assez grande quantité par la plaie, et la suppuration qui lui succéda fut abondante, prolongée. » Si c'eût été le corps thyroïde, nous aurions eu affaire à une thyroïdite dont il n'est pas question ici. Lücke (p. 12) dit qu'après des lésions du corps thyroïde il peut y avoir une infiltration sanguine considérable du tissu conjonctif du cou.

Le patient de Bégin se rétablit.

Chez le patient de Kocher (n° 157), il y eut d'abord une infiltration séro-sanguine, mais qui prit bientôt le caractère d'un phlegmon gangréneux (v. cette complication) et le patient succomba.

8° *Emphysème.* — Il a été noté trois fois. La première fois il fut remarqué le lendemain de l'opération chez un malade (Lücke, n° 181) dont on avait blessé la trachée pendant l'opération sans s'en apercevoir. L'emphysème fut modéré et le patient se rétablit.

Chez le second malade (Reverdin, n° 206), auquel on avait fait la trachéotomie pendant l'opération, on trouva de l'emphysème autour de la plaie enflammée.

Le patient mourut de pneumonie, produite par le sang aspiré pendant l'opération.

La troisième patiente présenta une forme d'emphysème plus rare. Rose (n° 214, guérie), constata chez elle des râles sonores synchrones à la systole et indépendants de la respiration. Il considère ce signe comme pathognomonique d'un emphysème du médiastin, dû à la rupture d'une alvéole pulmonaire.

9° *Mort subite.* — En dépouillant la statistique, nous trouvons cinq cas de mort subite.

La cause de la mort du patient de Klein (n° 154), est assez obscure. L'opérateur lui-même l'attribua à une congestion cérébrale, suite de la frayeur éprouvée par le patient. Günther la croit due à l'entrée de l'air dans les veines, sans toutefois que les détails du cas justifient suffisamment cette manière de voir. Quant à moi, je crois qu'il faut plutôt l'attribuer à une coudure ou une torsion de la trachée due à un ramollissement, condition pathologique qui n'était pas encore connue à l'époque de Klein ni de Günther.

Le second malade de Kraus succomba subitement le lendemain de l'opération. L'autopsie ne put avoir lieu, on constata seulement que la jugulaire interne était complètement remplie par un caillot.

Les deux cas de mort les plus intéressants, en ce qu'ils sont les représentants de toute une série de morts subites, sont ceux d'Albert (nº 3), et de Rose (nº 215) : il s'agit dans ces deux cas, du ramollissement de la trachée. L'opérée d'Albert expira subitement le lendemain, pendant qu'on la maintenait sur son séant pour lui donner à boire. Celle de Rose fut frappée de mort foudroyante à la fin de l'opération, au moment où on lui tournait la tête pour que les matières qu'elle rejetait par les vomissements ne vinssent pas en contact avec la plaie. Malgré la trachéotomie et la respiration artificielle continuée pendant deux heures, la malade ne revint pas un seul instant à elle.

Je crois qu'il faut attribuer la mort du patient de Spence (nº 19 C) à la même cause ; l'auteur la croit due à un œdème de la glotte, mais il fait remarquer lui-même qu'à l'opération on trouva la trachée si fort comprimée, qu'il crut que la trachéotomie serait nécessaire ; au surplus, l'œdème de la glotte n'arrive pas si brusquement.

J'ai déjà décrit, plus haut, l'anatomie pathologique du ramollissement trachéal et les désordres secondaires des organes de la respiration et de la circulation. Il ne me reste qu'à dire quelques mots du mécanisme par lequel la mort survient dans ces cas.

Aussi longtemps que le goître reste en place, il sert d'attelle au tube membraneux auquel la trachée est réduite ; celle-ci conserve son calibre et le patient peut n'éprouver que peu ou point de dyspnée. Il finit même par trouver presque instinctivement une position d'élection de la tête, la « dernière position » de Rose, pour respirer facilement. Mais cet état de choses peut changer :

1º Lorsque la compression du goître sur le point ramolli devient trop forte ;

2° Lorsque la position habituelle de la tête du patient est changée tout à coup (violence extérieure, syncope, narcose, etc.);

3° Lorsque par suite de l'extirpation du goître ou de son atrophie régressive due au traitement, le tube aérien est privé de son soutien.

C'est de ce dernier point dont nous avons à nous occuper. Lorsque ce cas se présente, il suffit d'un simple mouvement de la tête, d'une traction ou d'une pression sur la tumeur ou la trachée, pour qu'il se produise une coudure ou une torsion de cet organe au siége du ramollissement. Cette coudure, dit Rose, se fait toujours au même endroit, c'est-à-dire aux anneaux supérieurs, immédiatement au-dessous du cartilage cricoïde. Si alors on redresse instantanément la trachée ou qu'on pratique la trachéotomie, en employant les autres moyens auxiliaires, le malade peut revenir à lui à la condition que le cœur soit sain (obs. de Billroth, n° 75, Rose, n° 217, Hicguet, n° 2). Mais il en est autrement si les altérations secondaires, déjà décrites, existent; alors tous les moyens échouent et la mort est foudroyante (v. l'obs. de Rose, n° 215.)

Le cas suivant, qui s'est passé tout récemment, mérite d'être rapporté brièvement. (*The Lancet;* 13 mai 1882.)

Un jeune garçon de neuf ans est admis à l'hôpital de Carlisle (Angleterre), le 1er février 1882. Il portait un goître s'étendant du cartilage cricoïde jusque derrière la poignée du sternum; hauteur deux pouces, largeur trois; tumeur dure, se mouvant avec la trachée. Respiration pénible, striduleuse; cyanose. Début il y a trois ans. Le traitement iodé ayant échoué, le docteur Maclaren résolut de passer un séton. Pendant qu'on administre le chloroforme, la respi-

ration devient très laborieuse. Une tentative de faire la trachéotomie échoue à cause de la position de la tumeur. La respiration cesse; respiration artificielle pendant une demi-heure, introduction d'une sonde élastique dans la trachée; le patient ne revient pas à lui. Jusqu'au moment où la respiration artificielle commence, le pouls est resté bon; on n'en fait plus mention ensuite. A l'autopsie on trouva la lumière de la trachée réduite à une simple fente, la sténose étant produite par une protubérance de la tumeur; une pression très légère sur celle-ci suffisait pour oblitérer entièrement le canal; la muqueuse un peu gonflée. Le cœur était sain, la moitié droite remplie de sang liquide. Le rapport d'autopsie, qui est très incomplet, ne dit rien de l'état de la trachée, de sa configuration, etc., à part la sténose; mais comme une pression très légère suffisait pour la fermer complètement, il est probable qu'il s'agissait d'un ramollissement. Le goître était moitié solide et moitié kystique.

Rose décrit en détail quatre autres cas; dans deux, les patients étaient déjà endormis et l'on allait procéder à l'opération, lorsque la mort survint; dans les deux autres, ils succombèrent avant l'intervention chirurgicale. (V. Rose *a.*) Cet auteur recommande de faire toujours la trachéotomie préliminaire; toutefois, Billroth, Schönborn et Gussenbauer ont opéré plusieurs cas où, malgré la présence de la malacie, ils ne la pratiquèrent pas, et les malades guérirent.

Rose insiste sur l'importance de ces faits pour la médecine légale et rapporte un cas à l'appui (p. 48).

10° *Troubles psychiques.* — Plusieurs auteurs signalent des perturbations mentales immédiatement ou peu de temps après l'extirpation du corps thyroïde. Nous en relevons

sept cas dans la statistique; dans un huitième cas (Mandt, n° 184), l'influence exercée par l'extirpation (partielle) du goître a été au contraire favorable. La patiente, qui était épileptique, n'eut plus un seul accès pendant toute la durée du traitement (du 5 février au 18 mai). L'observation relatée par Koenig (n° 15) n'est pas concluante touchant la cause des troubles mentaux. L'auteur la rapporte comme un cas douteux d'intoxication iodoformique.

Il nous reste donc sept cas de troubles mentaux bien caractérisés. Passons-les rapidement en revue.

Les deux patients de Borel (n°s 79 et 82) eurent pendant plusieurs jours de la mélancolie, de la stupeur ou de l'agitation. La troisième (n° 83) eut une singulière hallucination. Elle se figurait être un chamois auquel un coup de feu avait emporté le dos, et ce n'est que lorsqu'on lui eut permis de toucher son dos que cette idée s'évanouit.

La patiente d'Albert (n° 3) fut saisie d'une espèce de manie aiguë à son réveil de l'anesthésie. Elle cria sans cesse qu'elle ne voulait pas vivre, qu'on la laisse mourir; en outre, grande jactance, cris et pleurs. Mort subite le lendemain. Comme la malade avait déjà antérieurement fait une tentative de suicide, il est très possible que l'ablation du corps thyroïde ne fût pour rien dans cet accès et qu'il s'agît plutôt d'un de ces cas de manie comme on en voit parfois survenir après l'administration du chloroforme, surtout chez un sujet prédisposé.

Le cas de Billroth (n° 70) est également douteux. Woelfler a interprété les symptômes observés comme résultant d'un trouble de la circulation cérébrale (hypérémie), dû à l'ablation du corps thyroïde; Weiss, au contraire, croit qu'il s'agit ici d'un cas de tétanie. Quoi qu'il en soit, il en

sera question à l'occasion de cette dernière affection.

Voyons les deux cas de Kocher (n° 165) et de Sick (n° 221). Chez la première malade, il se déclara environ sept à huit semaines après l'opération, un changement d'humeur très marqué : d'enjouée et gaie, l'enfant devint maussade, paresseuse, ne travaillant que quand on l'y forçait. Le second malade, garçon de dix ans, qui avait eu avant l'opération toute la gaîté de son âge, devint taciturne et eut de violentes épistaxis. Borel, Woelfler et Sick considèrent ces faits comme venant à l'appui de l'opinion émise par quelques auteurs que le corps thyroïde est un réservoir de sang et un régulateur de la circulation intracrânienne. (Dans tous ces cas, sauf le premier de Borel, il s'agit d'une ablation totale de la glande.) On pourrait toutefois se demander comment il se fait, si tel était le rôle de la thyroïde, que, sur le grand nombre d'extirpations totales qui ont été faites, ces troubles ne se soient présentés qu'un si petit nombre de fois, sans compter que, dans un de ces cas, on n'a enlevé qu'un lobe de la glande. J'ajouterai que Wittich, dans le nouveau *Handbuch der Physiologie*, publié sous la direction de Herrmann, ne fait aucune allusion à cette hypothèse sur les fonctions de la thyroïde : il se contente de dire que nous ne savons rien du tout sur la physiologie de cet organe.

11° *Pneumothorax.* — Il n'en existe qu'un cas : c'est celui de Nussbaum (n° 197). L'un des lobes du goître descendait jusqu'au sommet du poumon, auquel il était adhérent, et c'est en le détachant que le sac pleural fut ouvert. Le patient succomba.

12° *Tétanie.* — Cette grave complication a été signalée chez des malades opérés par Albert, Billroth et Schoenborn. Ce sont les seuls cas où cette affection, qui est loin d'être

rare, a été observée comme conséquence du traumatisme dû à une opération chirurgicale; habituellement elle constitue une complication de certaines affections internes. Weiss veut même attribuer à la thyroïdectomie, parmi les opérations chirurgicales, une sorte de privilége exclusif à cette complication, due, d'après lui, à la richesse de la glande thyroïde en fibres du grand sympathique.

Il n'entre pas dans le cadre de ce travail de donner une description détaillée de la tétanie; je renvoie pour cela à l'intéressant travail de N. Weiss, me contentant de rappeler ici les principaux caractères de cette complication, tels qu'ils se sont manifestés chez les sept malades en question. (Albert, obs. 9, Billroth, obs. 70, 76, 77 et 78, et Schoenborn, obs. 218 et 219.)

Mais d'abord je rappellerai que le premier cas de Billroth, décrit par Woelfler, n'a pas été considéré par celui-ci comme un cas de tétanie, mais comme un ensemble de symptômes, non classé comme unité morbide, dû à une hypérémie cérébrale. Weiss toutefois, dans son travail, l'a rangé parmi les cas de tétanie.

Les sept malades étaient des femmes. Les accès débutaient par de la douleur, des tiraillements, des fourmillements dans les membres supérieurs, suivis de spasmes cloniques, intermittents, très douloureux, de durée et d'intensité variables. Ces spasmes restaient limités aux membres supérieurs ou se propageaient ensuite aux membres inférieurs et même aux muscles du tronc, de la respiration, de la face, etc. Le sensorium n'était pas entrepris, sauf dans le deuxième cas de Weiss, où les accès acquirent une intensité croissante jusqu'à la mort. Dans l'intervalle des accès, cessation complète des symptômes.

Chez la première patiente de Billroth, la maladie ne se déclara que le soir du sixième jour de l'opération, et il n'y eut que trois accès; chez les trois autres ils survinrent immédiatement après. Chez les opérées de Schœnborn, elle débuta respectivement le troisième et le cinquième jour. Dans ces cinq cas, les accès furent très nombreux.

Sur les sept patientes, trois succombèrent : la première (Albert, n° 9) mourut le trentième jour, atteinte de complications pleuropulmonaires; la deuxième (Billroth, n° 76), trois mois après l'opération, de bronchite suivie d'œdème pulmonaire; la troisième (Schoenborn, n° 219), vingt-quatre jours après l'opération, de pleuropneumonie double. Quant à la quatrième malade de Billroth, elle était encore en traitement lors de la publication du travail de Weiss.

La thérapeutique consiste en injections de morphine et en inhalations de chloroforme jusqu'à anesthésie.

(Dans la discussion qui suivit la lecture du travail de Weiss à la Société médicale de Vienne, séance du 6 février 1880 — (*Wiener Mediz. Blaetter*, 1880, n° 7), Billroth dit, entre autres, qu'il attribuait l'explosion de la tétanie dans le second de ses cas à des troubles circulatoires, tandis que Rosenthal la considérait comme étant de nature réflexe, d'origine spinale. Ce dernier auteur conseille l'emploi de l'hydrothérapie qui lui a donné les meilleurs résultats).

Mais, outre les sept cas décrits ci-dessus, il en existe un huitième qu'on pourrait peut-être ranger dans la même catégorie : c'est celui de Green (C, obs. V). Ce cas remonte à une époque où l'on ne connaissait pas encore la tétanie comme entité morbide. L'auteur a simplement qualifié la maladie d'après le symptôme principal, c'est-à-dire les

spasmes des extrémités. Cette patiente a également succombé (1).

13° *Tétanos*. — Cette terrible complication n'a été signalée que dans un cas, qui malheureusement n'a pas pu trouver place dans ma statistique, parce que j'en ai eu connaissance trop tard. Il s'agit d'une patiente de Bryk (v. Bibliographie), âgée de 9 ans, qui portait son affection depuis 4 ans. Il y avait eu dans les derniers temps un accroissement rapide et des troubles de la respiration et de la déglutition. La tumeur avait la grosseur d'une orange et occupait le lobe gauche. Le traitement à l'iode ayant été sans résultat et les symptômes allant en s'aggravant, on pratiqua l'extirpation le 13 juin 1870. L'hémorragie fut assez forte, mais l'opération ne présenta aucun incident particulier. Un point à noter seulement, c'est que la tumeur était fortement bridée par le sterno-hyoïdien et le sterno-thyroïdien qui avaient creusé sur sa face antérieure un sillon profond et qui durent être divisés. Les premiers jours, tout alla bien, mais le 18 juin il y eut un fort accès de fièvre, puis défervescence; le 24, dysphagie et léger trismus avec exacerbation fébrile, vives douleurs le long du sterno-cléido-mastoïdien, puis tétanos confirmé. Traitement : inhalations de chloroforme et chloral en lavement; morte le 13e jour après l'opération. A l'au-

(1) Au dernier congrès des chirurgiens à Berlin, Woelfler a dit que la tétanie s'était déclarée en tout chez dix opérées de Billroth, de 1877 à 1883; en défalquant les quatre cas analysés ci-dessus, il y a donc six nouvelles observations. Cette complication ne s'est manifestée que chez des femmes et après des thyroïdectomies totales.

De ces dix malades, deux succombèrent; une fois il y eut récidive (c'est probablement celle de l'obs. n° 76). Dans les autres cas, il y eut guérison. Parmi les symptômes initiaux, Woelfler signale des spasmes des muscles animés par le nerf facial, et il croit que si l'on avait pratiqué des injections au chloral dès l'apparition de ce symptôme, on aurait pu couper la tétanie. Il ne peut fournir aucune explication sur les causes de cette névrose, mais il est disposé à la considérer comme une affection du grand sympathique. (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

topsie on trouva, partant de la plaie de l'opération, une fusée purulente terminée par un clapier rempli d'un pus de mauvaise nature, dans lequel baignaient le rameau antérieur du troisième nerf cervical et le rameau externe du nerf accessoire de Willis, à l'endroit où ces deux nerfs s'anastomosent entre eux.

Il est évident que le tétanos était dû à l'irritation produite par le pus de mauvaise nature sur les nerfs en question; mais ce mode de production est extrêmement rare et diffère beaucoup de ce que nous savons des conditions étiologiques ordinaires de cette grave complication. C'est surtout à ce point de vue qu'elle présente dans ce cas un intérêt tout spécial.

14° *Abcès et Fistules.* — Pour terminer ce qui a rapport aux complications, je dirai quelques mots des *abcès* qu'on pourrait appeler *secondaires*, parce qu'ils surviennent en dehors de toute inflammation phlegmoneuse et même après cicatrisation complète; ils sont généralement dus à la présence de ligatures perdues.

Il peut arriver qu'une plaie complètement aseptique reste ouverte en un point et livre passage de temps à autre à des ligatures qui y ont été abandonnées. Le cas le plus remarquable de cette catégorie est celui de Lister a). Ce chirurgien avait employé six ligatures de chanvre convenablement désinfectées, parce qu'il ne possédait pas de catgut suffisamment solide pour supporter la traction nécessaire à l'occlusion parfaite des artères thyroïdiennes. La plaie se comporta comme une plaie aseptique typique pendant les huit premiers jours; le 9e jour, elle commença à suppurer un peu; au bout d'un mois, la première ligature fut éliminée; cinq jours après, quatre autres. Il resta alors une fistule

par laquelle la dernière ligature ne fut expulsée que *huit* mois après l'opération.

Chez la malade de Baumgaertner (n° 19), la plaie se réunit par première intention, sauf en un point, par où, pendant trois mois, des ligatures (soie phéniquée) furent éliminées. Chez sa deuxième malade, la plaie fut complètement cicatrisée au bout de quatre semaines. Elle se rouvrit après huit semaines pour livrer passage à plusieurs anses de fil. Chez une malade de Billroth (n° 63), la plaie se rouvrit deux fois et il en sortit plusieurs ligatures.

D'autres fois, la plaie est réunie complètement par première intention (n°s 23, 69, 79), et malgré cela, il se forme un abcès sans expulsion de ligatures; il est possible toutefois que celles-ci n'aient pas été remarquées. Chez la malade de Billroth (n° 77), les accès de tétanie cessèrent après l'ouverture d'un abcès secondaire.

Ces abcès peuvent présenter de grandes proportions et même donner lieu à des symptômes inquiétants (Borel, n° 75; Julliard, n° 145). Dans ce dernier cas, 25 onces de pus s'écoulèrent.

15° *Suites éloignées de la thyroïdectomie* (1). — Au dernier congrès de Berlin, M. le professeur Kocher a fait une communication des plus intéressantes au sujet des conséquences éloignées de l'ablation du corps thyroïde dégénéré, qui n'avaient été jusqu'à présent signalées par aucun autre auteur. (Le compte rendu officiel des travaux du congrès n'ayant pas encore été publié, je cite d'après le résumé donné par la *Prager medizinische Wochenschrift*, 1883, p. 143). Il dit que, dans une série d'extirpations

(1) *Ce paragraphe a été ajouté pendant l'impression.*

totales, il n'y a que peu de cas où il n'y ait pas eu, après l'opération, des troubles généraux. Ces troubles étaient d'autant plus prononcés qu'un plus long laps de temps s'était écoulé depuis l'opération. Ils consistaient en lassitude prononcée, en faiblesse, frilosité, lenteur des idées et des mouvements, et, par-dessus tout, en une anémie pernicieuse progressive. Les opérés ont l'air de patients atteints de néphrite; ils présentent du gonflement des extrémités, du tronc et de la face; bref, il se développe un état que Kocher désigne sous le nom de *cachexie goîtreuse*. Lorsque, enfin, le patient a succombé au marasme, l'autopsie ne révèle aucune altération d'organes essentiels. Cet état ne se développe jamais, lorsqu'on a extirpé seulement une moitié du corps thyroïde ou qu'il y a récidive. En outre, il ne survient que fort lentement, tandis qu'après l'extirpation de la rate, il se déclare de suite. L'examen du sang a fait constater une augmentation relative des corpuscules blancs du sang. Dans ces cas, on a trouvé la trachée extrêmement mince et atrophiée.

Kocher n'a cherché à donner aucune explication des faits qu'il a observés.

Bardeleben et Woelfler ont déclaré que cet état morbide ne s'est développé chez aucun des opérés qu'ils ont pu observer; le premier croit que cette cachexie aurait pu se déclarer aussi sans l'extirpation et il la considère comme un symptôme du crétinisme. Un chien, auquel il avait excisé la rate et le corps thyroïde, a continué à jouir pendant plusieurs années de la meilleure santé.

Kocher a répondu que les phénomènes observés par lui ont été constants, mais qu'ils n'apparaissent qu'au bout de plusieurs années, et que les préopinants n'ont pas

suivi leurs malades pendant un temps suffisamment long.

Si les observations de Kocher venaient à être confirmées par la suite, elles seraient de nature à modifier, non pas les indications de l'extirpation du goître, mais bien celles de l'ablation *totale*.

Résultats. — Appréciations. — Conclusions.

Je vais maintenant passer en revue les résultats fournis par la thyroïdectomie, tels qu'ils ressortent de la statistique. Mais avant de les envisager dans leur ensemble, il sera utile de comparer entre elles les différentes époques de l'histoire de cette opération, en prenant comme points de départ les dates auxquelles ont été publiées les statistiques antérieures.

Le premier travail de ce genre est celui de Günther. Il embrasse toutes les observations que l'auteur a pu recueillir jusqu'en 1861, c'est-à-dire 41 cas. Mais ce chiffre est incomplet : il y a un certain nombre d'observations qui n'y figurent pas ; d'autre part, j'ai compté comme deux opérations distinctes, les extirpations de la glande thyroïde totale pratiquées en deux fois. (Graefe, Dupuytren.) Enfin je n'ai pas compté le cas (Günther, n° 28), de Schmidt, de Paderborn, parce que je ne l'ai pas trouvé à la source bibliographique, indiquée par Günther. En l'arrêtant à l'année 1850, la statistique de ce dernier ne comprend donc que 37 observations, dont 23 guérisons, 12 morts (32,43 %) et deux cas dont le résultat n'est pas indiqué. Pour le même espace de temps, ma statistique comprend 54 cas : 35 succès, 17 insuccès (31,48 %) et deux résultats inconnus.

Le deuxième relevé est celui de Brierre, d'Yverdon. L'auteur a réuni, d'après *Schmidt's Jahrbücher*, 29 cas opérés

de 1785 à 1845, et en a ajouté 44 autres pour les années 1845 à 1870, ce qui donne un total de 73 cas : 50 succès et 23 insuccès (31,51 %). En défalquant les 5 cas de Schuh et de Middeldorpf, opérés (avec succès) par l'anse galvanocaustique, il reste 68 cas avec une mortalité de 23 (33,82 %).

En troisième lieu, nous avons la liste, dressée par Bruberger. Elle se base sur les recherches de Brierre et y ajoute 51 nouveaux cas, opérés de 1870 à 1875. Mais, comme elle ne diffère pas beaucoup de celle de Süskind, publiée l'année suivante, je ne m'y arrêterai pas.

Le travail de Süskind comprend : 1° la statistique de Günther jusqu'en 1850, soit 37 cas ; (mais c'est par erreur que l'auteur y relève 17 insuccès, nous avons vu qu'il n'y en a que 12) ; 2° toutes les opérations faites de 1851 à 1876, soit 118 cas, avec une mortalité de 23 (19,40 %). (Ce travail et celui de Günther sont les seuls qui donnent des tableaux détaillés ; les deux autres ne donnent que les chiffres globaux).

Toutefois, Süskind a recueilli non seulement les observations de goîtres parenchymateux et kysto-parenchymateux extirpés au moyen du bistouri, les seules qui sont l'objet de ce travail, mais aussi celles relatives aux goîtres enlevés par l'anse galvanocaustique ou l'écraseur, ainsi qu'aux goîtres carcinomateux et kystiques. Ces cas, pour autant qu'il m'a été possible de les identifier, sont au nombre de 21, de sorte qu'en les déduisant du total de 118 auquel il est arrivé, il reste 37 cas, dont 16 décès (16,28 %). Ce chiffre renferme 5 cas de Chelius (4 guéris, 1 mort) qui ne figurent pas dans ma statistique.

Pour la même période (1851-1876), ma statistique fournit les données suivantes : Total 133 cas, dont 101 guéri-

sons, 27 décès (20,30 p. c.); trois résultats inconnus et deux opérations inachevées; en y ajoutant les cinq observations de Chelius, contenues dans les relevés de Süskind, nous arrivons à 138 cas, dont 105 succès, 28 insuccès (20,29 p. c.), trois résultats inconnus et deux opérations inachevées. Il y a donc dans ma statistique 4,01 p. c. de décès de plus que dans celle de Süskind. Il m'est impossible de trouver les causes de cette différence notable, attendu que les chiffres globaux qu'il donne, p. 16, embrassent 118 cas, tandis que les tableaux qui se trouvent à la fin de sa thèse n'en renseignent que 106 (y compris les carcinomes, les extirpations par l'anse galvanocaustique, etc.); je n'ai donc pas pu contrôler la pureté de ses sources ni retrouver les erreurs de calcul qu'il a pu commettre. Il y a toutefois deux points que j'ai pu constater : 1° les relevés de Süskind ne comprennent pas les opérations faites par Billroth, de 1871 à 1876 (elles n'ont été publiées qu'en 1879); or, elles renferment une forte proportion d'insuccès : 5 contre 8 guérisons; 2° il dit que les chirurgiens anglais n'ont eu que des cas heureux, tandis qu'en réalité ils comptent quatre revers.

Pour compléter ces données partielles, il me reste à ajouter la période de 1877 à 1882. Le nombre total d'opérations a été de 135, dont 115 succès et 20 échecs (14,81 p. c.).

Tous les chiffres renseignés ci-dessus ne se rapportent qu'à ma statistique, mais Woelfler, *c)* a publié l'an dernier, dans un résumé succinct, les résultats de la pratique de Billroth pendant les années 1877 à 1881. (Les thyroïdectomies faites par ce chirurgien de 1879 à 1881, n'ont pas encore été publiées.)

Ce travail contient l'analyse de 48 cas, présentant une mortalité de 8,30 p. c. (4 cas) seulement. De ce total, il faut

déduire : 1° les 16 cas, tous guéris, opérés de 1877 à 1879, qui figurent dans mes listes; 2° les trois observations (nos 76, 77 et 78), dont la relation détaillée a été publiée par Weiss et reproduite par moi. Il reste donc 29 observations nouvelles avec 4 décès. Or, parmi ceux-ci, il y en a trois où l'on a dû pratiquer la trachéotomie, de façon que sur 43 opérés non trachéotomisés (deux autres trachéotomisés ont survécu), il n'y a qu'un seul mort, soit 2,30 p. c.

Récapitulons.

Avant 1851 :

54 cas : 35 guérisons, 17 décès (31,48 p. c.), deux résultats inconnus.

De 1851 à 1876 :

133 cas : 101 guérisons, 27 décès (20,30 p.c.), trois résultats inconnus, deux opérations inachevées.

De 1877 à 1882 :

135 cas : 115 guérisons, 20 décès (14,81 p. c.)

Si nous ajoutons la dernière statistique de Billroth, avec les déductions indiquées ci-dessus (c'est-à-dire les 29 cas restants), nous trouverons les chiffres suivants :

De 1877 à 1882 :

164 cas : 140 guérisons, 24 décès (14,63 p. c.)

On voit que le nombre de décès a suivi une progression descendante des plus accentuées. Mais le progrès réalisé par la chirurgie moderne, dans les résultats fournis par l'excision du goître parenchymateux, est encore beaucoup plus frappant si l'on envisage ceux qui ont été obtenus par certains chirurgiens isolément. Nous verrons alors que cette opération donne une proportion de succès égale, sinon supérieure, à celle d'aucune autre grande opération.

J'ai déjà parlé plus haut de la statistique de Billroth :

un seul décès sur 43 cas non trachéotomisés; de 1877 à 1879, il y a eu une série ininterrompue de 16 succès. Les nombreux échecs des premiers temps tenaient surtout à ce que ce chirurgien a opéré un certain nombre de cas d'une haute gravité, et que l'intervention chirurgicale a eu lieu presque *in extremis* (Brierre.)

Baumgaertner, sur 8 extirpations totales faites dans ces dernières années, a compté autant de guérisons. M. le docteur Credé, de Dresde, m'a écrit l'an dernier, qu'il a fait depuis quelques années 13 thyroïdectomies totales, qui toutes ont été heureuses.

Nussbaum a opéré, du mois de juin 1877 au mois de novembre 1879, douze cas, dont seulement deux ont succombé; il y a eu une série de 7 guérisons successives. Kocher a fait, de 1872 à 1878, dix excisions, dont un seul insuccès; Lücke, de 1865 à 1870, neuf opérations, dont une seule malheureuse; Bruns, de 1851 à 1876, vingt-trois extirpations avec 19 guérisons (il y a eu une série de 7 et une autre de 8); Gussenbauer : 10 opérations, 10 succès; Borel-Laurer : 9 opérations, 8 succès; Watson (malgré son manuel opératoire défectueux) : 8 opérations, 7 guérisons; Bottini : 6 opérations, 5 guérisons, etc.

Mais nous ne pourrons arriver à une appréciation exacte de la valeur de la thyroïdectomie et de l'avenir qui lui est réservé qu'en examinant une à une les complications qui peuvent survenir à la suite de cette opération. Il s'agit notamment de rechercher si ces accidents sont des conséquences inévitables de l'acte chirurgical, ou bien si une observation exacte des préceptes de la chirurgie moderne ne parviendra pas à les écarter. A plusieurs reprises déjà, j'ai résolu cette question par l'affirmative, mais c'est ici le moment de l'examiner de plus près.

Rappelons d'abord que le nombre total d'opérations se décompose comme il suit :

	Total.	G.	M.	?	Inachevées.
Statistique. . . .	322 =	250	64	5	2
Billroth (1879-1881).	29 =	25	4		
Chelius	5 =	4	1		
Total. . . .	356 =	279	69	5	2

soit une mortalité de 19,39 %. En ne prenant pour base que ma statistique seule, la proportion serait de 19,88 % (1).

Les causes de mort peuvent être rangées sous les rubriques suivantes :

Hémorragies primitives	Hémorragies secondaires.	Pyohémie Septicémie.	Phlegmon Médiastinite.	Complications broncho et pleuropulmonaires.
7	4	10 + 1?	12	7

Mort subite.	Collapsus Épuisement.	Méningite.	Phlébite.	Thrombose artérielle.	Pneumo-thorax.
4	7	1	2	1	1

Intoxication iodoformique.	Laryngectomie.	Convulsions. Spasmes.	Aspiration de sang.	Causes inconnues.
1	1	2	1	7

(1) Le chiffre de 322 comprend toutes les observations *publiées* jusqu'à la fin de l'année 1882. Je dois pourtant signaler quelques omissions dues à ce que les travaux où ces cas étaient relatés sont parvenus trop tard à ma connaissance pour que je pusse les introduire dans ma statistique ou parce que je n'ai pu me les procurer. Ce sont : 1° les deux cas de Bryk, dont l'un est reproduit en détail au chapitre des *complications* (*tétanos*); 2° celui de Cabot; 3° celui de Giommi; 4° deux des cas de Lister (sur cinq qu'il a opérés; v. CHEYNE).

Mais ce chiffre de 322 est loin de représenter le nombre total d'opérations *pratiquées*. Je dois me contenter de renvoyer, à ce sujet, à l'important travail de Kocher, *c*) dont il a déjà été question. Je dirai seulement que, grâce à des démarches personnelles, ce chirurgien a pu se procurer un nombre très considérable d'observations inédites; et il a pu arriver ainsi, pour la période de 1877 jusqu'au commencement de l'année 1882, au total respectable de 195 extirpations, dont 23 décès (11,92 p. c.). (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

Voyons quelle est la valeur de chacune de ces complications dans la thyroïdectomie.

Toutes ces hémorragies, sauf une, datent d'une époque où cette opération était encore dans l'enfance, c'est-à-dire du siècle dernier et de la première moitié de ce siècle. Il n'y a que l'observation de Holmes qui date de l'année 1870 environ ; les deux cas rapportés par Wood, en 1862 (n°s 2 et 3, D) ont été opérés lorsque ce dernier était encore étudiant, donc avant 1850. Or, d'après ce qui a été dit de la technique actuelle de l'hémostase, cet accident n'est pour ainsi dire plus à craindre aujourd'hui.

La pyohémie et la septicémie (10 cas, plus un cas douteux, Borel, n° 84) doivent être placées, sous le rapport de la prophylaxie, sur le même rang que le phlegmon et la médiastinite (12 cas). Ces deux catégories de complications sont même presque inséparables, attendu que l'une entraîne très souvent l'autre et qu'on peut alors ranger indifféremment le décès sous l'une ou l'autre de ces rubriques. Presque toutes ces observations datent des temps préantiseptiques ou se rapportent à des opérations qui n'ont pas été pratiquées avec les précautions antiseptiques. Plusieurs fois, il est vrai, ce mode de pansement a été employé, sans parvenir à détourner de graves complications; mais nous savons qu'un certain, je dirai même, un assez grand nombre de chirurgiens ont des mésaventures malgré l'emploi de cette méthode qu'ils ne connaissent et n'appliquent que d'une façon très imparfaite. Ensuite, il a été établi, par P. Bruns et d'autres expérimentateurs, que les pièces à pansement contiennent souvent seulement une très faible fraction de la quantité d'antiseptique qui devrait s'y trouver. Billroth, *c*) nous dit lui-même (p. 26 et suivantes) que ce n'est que

d'une manière incomplète, et comme à regret, qu'il commença, en 1875, à essayer le pansement de Lister, et que c'est seulement à partir de la fin de l'année 1877 et du commencement de l'année 1878 qu'il adopta la méthode dans son ensemble, en la modifiant plus ou moins dans les détails. Aussi n'est-ce qu'à dater de ce moment qu'il obtint, même dans les cas les plus graves, les beaux résultats dont il a été question plus haut.

Les complications broncho et pleuropulmonaires ont donné 7 décès; une fois (J. Reverdin, n° 206) l'issue fatale a été due à l'entrée de sang dans la trachée; chez le patient de King (n° 9 C) on a dû également pratiquer la trachéotomie. Dans cette rubrique figurent encore plusieurs cas (Rose, n° 216; Riedel, n° 220; Schœnborn, n° 219), où la cause première était d'un ordre différent et difficile à classer, mais où l'affection thoracique finit par former le symptôme dominant.

Quatre patients ont été frappés de mort subite. L'un d'entre eux (Rose, n° 215) était atteint d'un ramollissement de la trachée; mais c'était à une époque où cet état pathologique n'avait pas encore été étudié; un autre (Albert, n° 3) se trouvait, suivant moi, dans le même cas; il est plus que probable que la trachéotomie et, à plus forte raison, l'extirpation pratiquée à temps, les eût sauvés. La troisième opérée avait subi la trachéotomie, mais une assez grande quantité de sang s'était écoulée dans la trachée et, de plus, elle était atteinte d'affections thoraciques chroniques. Quant au patient de Klein (n° 154), je renvoie à ce que j'en ai dit au paragraphe intitulé : *Mort subite.* (V. aux *Complications*).

Les cas de mort, renseignés comme étant le résultat d'un collapsus, de l'épuisement, sont au nombre de sept. Ce

terme est fort élastique et l'on peut faire rentrer dans cette catégorie un assez grand nombre de variétés. Deux de ces opérés (Billroth, n° 48, et Roux, n° 23) ont succombé simplement à l'épuisement produit par l'hémorragie pendant l'opération; chez trois autres, on signale une très forte compression, un véritable aplatissement de la trachée (Billroth, n° 45, Spence, n°s 17 et 19); il est donc probable que c'est à cette cause que la mort est due, d'autant plus que l'autopsie n'a rien révélé qui pût l'expliquer. Chez l'opéré de Billroth il y avait, il est vrai, dysphagie absolue, mais cela ne suffirait pas pour amener la mort au bout de 48 heures. La patiente de Desault a succombé à un collapsus qui a succédé à un « état de spasme » ; il s'agit ici probablement d'un de ces cas d'accidents nerveux si fréquents avant l'introduction des anesthésiques. Le 7e malade (Nussbaum, n° 201) avait subi la ligature de la carotide commune.

Un malade de Billroth (n° 59) a succombé aux suites d'une autre opération (extirpation du larynx). Dans un cas, l'issue fatale est attribuée à une intoxication par l'iodoforme (n° 15). Deux opérées sont mortes de convulsions. J'ai cru pouvoir ranger l'un de ces cas (Green, n° 5, C) sous la rubrique *tétanie* (v. aux *Complications*); quant au second, (Dupuytren, n° 13), je le classerai parmi les exemples d'accidents nerveux graves dont je viens de parler à propos de la patiente de Desault. L'opéré de Watson (n° 29) est décédé à la suite de l'aspiration d'une grande quantité de sang, le jour même de l'opération ; si l'on tient compte du procédé opératoire de Watson, on peut dire que c'est à lui directement qu'on peut imputer ce résultat funeste. Je ne sache pas qu'aucun autre chirurgien opère d'après ce procédé. Il reste ensuite encore cinq cas de mort provenant de causes

diverses et sept dont la cause n'a pas été renseignée.

Quelles sont maintenant, dans cette série assez longue de causes de léthalité, celles que l'emploi des anesthésiques, la technique opératoire et l'hygiène actuelle des plaies nous autorisent à rayer en quelque sorte du cadre? Et quelles sont celles qu'il est impossible de prévoir ou d'exclure d'une manière certaine et qui peuvent se rencontrer dans toute grande opération ou qui sont propres à la région qui nous occupe?

Je crois me renfermer strictement dans le cadre indiqué en éliminant de la liste de mortalité les cas suivants :

Hémorragies (à l'exception du cas de Holmes.) . . .	10
Pyohémie et septicémie (d°. d°. Borel, n° 84). . . .	10
Phlegmon et médiastinite.	12
Convulsions (Dupuytren, n° 13).	1
Collapsus (Billroth, n° 48; Desault, n° 11; Roux, n° 23).	3
Aspiration de sang (Watson, n° 29).	1
Laryngectomie.	1
Total. . . .	38

ce qui laisserait 31 cas malheureux à rapporter aux causes inévitables définies ci-dessus, soit 8,71 %.

Mais nous pourrions aller plus loin. Je n'ai compté aucun des cas de mort dus au ramollissement ou à la sténose de la trachée et où la trachéotomie eût pu sauver la vie du patient (v. plus haut : *Mort subite*, Albert, n° 3, et Rose, n° 215; Collapsus : Spence, n°s 17 et 19, et Billroth, n° 45). En défalquant ces cinq cas, il resterait 26 insuccès, soit 7,30 % (1).

(1) Cette proportion, à laquelle je suis arrivé par voie indirecte, en quelque sorte par exclusion, est presque la même que celle indiquée par Woelfler, *d*), pour les 68 opérations de Billroth, de 1877 à 1883, c'est-à-dire 7 %. Kocher, *d*), va beaucoup plus loin. Il dit qu'actuellement la mortalité n'est plus que de *cinq* pour cent, et il prévoit un

Quelque faible que paraisse cette proportion, elle ne doit pas nous surprendre, si nous nous rappelons les belles séries de succès ininterrompus remportés par plusieurs chirurgiens.

On peut donc affirmer que l'excision du goître parenchymateux a pris désormais rang dans la thérapeutique chirurgicale et qu'elle sera bientôt pratiquée au même titre que l'extirpation de toute autre espèce de tumeur.

Je terminerai ce travail par la relation de trois observations inédites que MM. les docteurs Koch, assistant à la clinique chirurgicale d'Erlangen (Bavière), et Kraus, Comitats-Physikus, à Schaessburg (Transylvanie), ont eu l'obligeance de me communiquer. Je leur réitère ici mes sincères remerciements. Deux de ces cas présentent un intérêt particulier.

Le premier, communiqué par M. le docteur Koch, est une thyroïdectomie pratiquée par M. le professeur Heineke.

(Traduction). — Le cas que j'ai mentionné au Congrès des naturalistes de Salzbourg, à l'occasion de la discussion sur la thyroïdectomie, s'est présenté à notre clinique et se distinguait par le fait, qu'après l'ablation du goître, des spasmes cloniques dont le sterno-cléïdo-mastoïdien et le trapèze étaient atteints, vinrent à cesser.

Il s'agissait d'une femme âgée de 45 ans, un peu faible d'esprit. A son entrée à l'hôpital, elle déclara que, depuis environ trois ans, il s'était peu à peu développé une tumeur au côté droit du cou. Six semaines avant son admission, on lui avait serré le cou avec beaucoup de violence, et c'est à

résultat plus favorable encore pour le moment où l'on possédera mieux la technique opératoire et surtout où l'on tiendra suffisamment compte des conditions anatomiques de la région où l'on opère. (*Note ajoutée pendant l'impression.*)

partir de ce moment que la tumeur aurait augmenté plus rapidement de volume et que les spasmes en question se seraient déclarés. On trouva au côté droit du cou une tumeur qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule, dépendant du lobe droit du corps thyroïde, et qu'on pouvait facilement isoler des parties voisines. Elle était fortement adhérente à la trachée, qui était un peu déviée à gauche. Son grand axe s'étendait dans la direction du sterno-cléïdo-mastoïdien, sous lequel elle remontait. A chaque inspiration, on entendait un bruit très prononcé, comme si la patiente était haletante. Très fréquemment, souvent à des intervalles de quelques minutes, on voyait survenir des spasmes cloniques très énergiques du muscle trapèze et du sterno-cléïdo-mastoïdien du côté droit. Au cœur, on entendait un bruit vague. Après une observation assez longue, on finit par admettre comme fort vraisemblable que ces spasmes, dus au nerf accessoire de Willis, étaient occasionnés par le goître et l'on décida de pratiquer l'extirpation. On fit une incision le long du bord antérieur du sterno-cléïdo-mastoïdien. Afin d'éviter une hémorragie des veines, qui étaient assez nombreuses, on divisa, au moyen d'une aiguille de Deschamps, les adhérences de la capsule fibreuse avec le tissu ambiant en petits faisceaux qu'on sectionna ensuite entre deux ligatures. Grâce à cela, il n'y eut presque pas d'hémorragie. La plaie fut lavée avec une solution de chlorure de zinc et recouverte de pièces à pansement imbibées de cette solution. La guérison se fit sans incidents ; fièvre modérée (jusqu'à 39,5) dans les premiers jours ; bientôt la température devint normale. Après trois semaines la patiente quitta l'hôpital, n'ayant plus qu'une petite plaie bourgeonnante. Les spasmes des muscles innervés par l'accessoire de Wil-

lis ne sont plus revenus depuis l'opération, et la respiration est devenue beaucoup plus libre. Le bruit au cœur persiste. La tumeur était un goître gélatineux. (La lettre est datée du 18 décembre 1881).

Les deux autres observations m'ont été communiquées par M. le docteur Kraus. — (*Traduction*). — Le premier cas est celui d'un ~~sieur~~ Szekler, âgé de 42 à 45 ans. Le goître avait mis un grand nombre d'années à se développer, mais s'était accru plus rapidement dans ces derniers temps et déterminait des troubles notables de la respiration. C'est pour ce motif que le patient se laissa opérer. Pour des raisons faciles à comprendre, celle-ci eut lieu sans anesthésie. Bien qu'assez mobile, la tumeur, qui était énorme, me donna beaucoup d'embarras vers la fin de l'opération, parce qu'à gauche il fallut isoler la carotide, la jugulaire et le pneumo-gastrique qui y étaient enclavés, tandis que en arrière les adhérences avec la trachée étaient si fortes et si épaisses que je dus enlever le segment antérieur de quelques anneaux cartilagineux jusqu'à la muqueuse. D'une manière générale, je suivis la méthode par la voie mousse, isolant les brides fibreuses et les sectionnant avec des ciseaux après y avoir placé deux ligatures. Grâce à cela, l'hémorragie fut maintenue dans des limites fort modérées — il n'y eut que les énormes plexus veineux qui saignèrent plus ou moins — bien que, d'autre part, l'opération se prolongeât beaucoup pour cette cause (3 1/2 heures). Environ 150 à 160 ligatures furent appliquées, les fils furent amenés à l'extérieur par l'angle inférieur de la plaie et celle-ci fut pansée simplement avec une solution d'acide phénique dans de l'huile d'olives (3 %) et de l'ouate.

Au cours de l'opération il n'y eut qu'un incident désagréable: en dégageant un prolongement, d'une longueur de 0,05, à la présence duquel je ne m'attendais pas et qui plongeait derrière le sternum, la trachée fut comprimée.

Le pansement fut renouvelé deux fois par jour; chaque fois la plaie fut irriguée avec une solution d'acide phénique de 1 %; la guérison avança rapidement, sans accident. Toutes les ligatures furent éliminées du onzième au quinzième jour, et le patient, qui avait été opéré le 12 juillet 1874, quitta l'hôpital ou bout de quatre semaines, n'ayant plus qu'une plaie bourgeonnante de la largeur d'un doigt. Trois semaines après la cicatrisation était complète. L'opéré vit toujours et n'est nullement gêné par l'adhérence de la cicatrice à la trachée.

La seconde opération fut faite au mois d'octobre de la même année chez Csango-Szckler, âgé de 21 ans, qui avait été encouragé par le succès de la première opération. Il souffrait d'une dyspnée intense et réclamait l'opération malgré les objections que je lui fis. Il s'agissait dans ce cas d'une tumeur extrêmement ferme, très peu proéminente, s'étendant fort loin symétriquement de chaque côté, à base adhérente et presque pas mobile; il était à prévoir que l'extirpation présenterait des difficultés exceptionnelles. Malheureusement mes prévisions ne se réalisèrent que trop. L'isolement de la jugulaire interne et de la carotide du côté gauche, qui étaient embrassées par la tumeur, ainsi que la séparation de celle-ci d'avec l'œsophage et la trachée, durèrent cinq quarts d'heure et fatiguèrent tellement ma main et la patience du malade, que j'accédai au désir formel de ce dernier de terminer rapidement l'opération. Je me contentai donc d'enlever le lobe gauche, qui était

le plus volumineux, je sectionnai le pont qui l'unissait au lobe droit et m'en tins là. L'hémorragie parenchymateuse fut modérée et aisément arrêtée au moyen d'eau glacée; je n'eus besoin que de 10 à 12 ligatures. Le patient se sentit grandement soulagé et se montra très satisfait du résultat obtenu. Le traitement consécutif fut le même que dans le premier cas. L'état du patient ne laissa rien à désirer. Le second jour, à cinq heures du matin, il s'éveilla, parla fort gaîment aux personnes chez qui il était en pension, but un verre d'eau et tout le monde se rendormit. Lorsque les gens de la maison se levèrent vers six heures, ils trouvèrent l'opéré étendu mort dans son lit. La famille ne voulant pas me permettre de pratiquer l'autopsie, je ne pus qu'examiner la plaie; je sentis la jugulaire interne complètement remplie par un caillot assez ferme. La mort était donc probablement due à une coagulation du sang à la suite de phlébite.

Dans le premier cas la tumeur extirpée formait une masse du poids de deux kilogrammes et renfermait plusieurs kystes du volume d'un œuf d'oie; en certains endroits elle était tout à fait cartilagineuse (enchondrôme); dans le second cas la tumeur était formée par un tissu excessivement dense, fibreux, sans kystes.

Bibliographie (1).

ALBERT. *a)* Beitraege zur operat. Chir. — *Wiener medizinische Presse,* 1877, nº 8. – (*Centralblatt für Chirurgie,* 1877 ; pages 276 et 624.)

b) Exstirpation einer Struma und Heilung per primam intentionem. — *Ibid.*, 1879, nº 21. — (*Ibid.*, 1879, p. 486.)

c) Weitere Totalexstirpationen der Schilddrüse. — *Ibid.*, 1880, nº 27.

d) Zur Kasuistik der Kropfexstirpationen. — *Wiener med. Presse* 1882, nos 3, 6 et 10.

ALBERTINI. Esportazione di gozzo. — *Gazz. degli Ospitali.* Milano. — (*Il Morgagni,* 1880, p. 536.)

BAIARDI. Asportazione totale di voluminoso gozzo iperplastico. — *Gazzetta delle cliniche,* 1878, nº 11. — (*Centralbl. f. Chir.,* 1878, p. 422.) — Même cas que Bottini *a).*

BARDELEBEN. — Ueber Kropfexstirpation. — XIIe congrès de la Société allemande de chirurgie, 4 avril 1883.

BARKER. Un cas mentionné dans : A simple operation for varicocele. — *The Lancet,* 1882, t. II, p. 521, et *communication verbale.*

BAUMGAERTNER. Ueber Kropfexstirpationen. — *Centralblatt f. Chir.,* 1881, nº 43.

BEACH. *Boston medical and surgical journal,* 25 juin 1874. (Opération faite au Massachusetts general hospital.)

BÉGIN. Extirp. du corps thyr. pédiculé ; guérison. — *Bull. Acad. méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 1111.

BERG. Fall af Struma colloides ; Exstirpation ; Helsa. — *Hygiea.* Stockholm, 1881, t. XLIII, p. 533. — (*Index medicus,* 1881, p. 563.)

BERNSTEIN. Pract. Handbuch f. Wundaerzte (5e éd.). Leipzig, 1818, t. I, p. 752.

BEX. Revue de Hayem; t. XIV, p. 727; 1879.

BILLROTH. *a)* Chirurg. Klinik ; 1860-1867 ; *Berlin,* 1869, pag. 169, 174 et suiv.

b) Chirurg. Klinik ; 1868 ; *Berlin,* 1870, p. 58.

c) Chir. Klinik ; 1860-1876 ; *Berlin,* 1879, pages 185 et 207.

BLACKMAN. Pendulous pedunculated bronchocele successfully removed. — *American journal of the med. sciences ;* janvier. 1870, p. 93. — (*Virchow's Jahresbericht,* 1871; t. II, p. 370. *Süskind.* Tabl. IX.)

BOECKEL (J.). Thyroïdectomie pour un goître suffocant; guérison par première intention. — *Mémoires Soc. méd. Strasbourg,* 1879-1880 ; 1881, t. XVII, p. 121. — (*Index medicus,* 1881, p. 268.)

BOREL-LAURER. *a)* Sur l'extirpation d'un goître plongeant; guérison. — *Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte,* 1878, nº 18. — (*Centralb. f. Chir.,* 1879, nº 37.)

b) Zur Statistik der Kropfexstirpation seit 1877. — *Correspondenz blatt f. Schweizer Aerzte,* 1882, nº 13, p. 417.

(1) Les titres entre parenthèses sont ceux des publications où j'ai trouvé des extraits ou des analyses des ouvrages dont les originaux n'étaient pas à ma disposition. Dans tous les autres cas, j'ai eu sous les yeux le travail original.

L'indication bibliographique, qui se trouve à la fin de chaque observation, se rapporte à la Bibliographie. (*Dr P. Liebrecht.*)

BOTTINI. *a)* Estirpazione totale di gozzo parenchimatoso. Guarigione. — *Giornale della R. Accad. medic.-chirurg. di Torino*; 30 avril 1878.

b) Altro caso di estirpazione completa di gozzo parenchimatoso. Guarigione. — *Ibid.*, 30 août 1878.

c) Sulla metodica estirpazione del gozzo. — *Giorn. intern. delle sc. med.* Napoli, 1881, p. 139. — *(Index medicus*, 1881, p. 268.)

BOUILLY. Ablation d'un goître hypertrophique simple. — *Bull. Soc. chir., de Paris*; Séance du 23 novembre 1881. — (*Revue de chirurgie,* 1882, p. 68, nº de janvier.)

BOURSIER. De l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du corps thyroïde. (Thèse prés. au concours pour l'agrégation. *Paris*, 1880.)

BRAUN. Exstirpation einer Struma accessoria posterior. — *Czerny's Beitraege zur operativen Chirurgie,* 1878, p. 52. — (*Madelung*, p. 89.)

BRIÈRE (d'Yverdon). Du traitement chirurgical des goîtres parenchymateux et en particulier de leur extirpation. -- Thèse de Berne. Lausanne, 1871.

BROCHIN. Deux cas d'ablation de tumeurs thyroïdiennes. — *Gaz. des hôpitaux,* 1880, nº 25.

BRUBERGER. Ueber die Exstirpation des Kropfes nebst einem geheilten Falle von Totalexstirpation. — *Deutsche militaeraerztliche Zeitschrift.* Berlin, 1876; Heft 8 u. 9.

BRUN. Dissertation sur le goître. Thèse. *Paris,* 1815.

BRUNS. Deutsche Klinik, 1859, p. 145.

BRYK, (de Cracovie). *a)* Partieller Faserkropf des rechten Hornes der Schilddrüse. Exstirpation Genesung. – Archiv für Klinische Chirurgie, t. XVII, p. 572, 1874.

b) Struma hyperplastica follicularis des hinteren (*sic!*) Lappens; erfolglose Jodbehandlung; Zunahme der Athemnoth mit Erstickungsanfaellen. Exstirpation der Geschwulst, Tetanus, Tod. – *Ibid*, p. 574.

CABARRET. Extirpation d'un goître; guérison. — *Bull. Acad. méd.* Paris, 1849-50, t. XV, p. 1132. — *Michel*, p. 70'.

CABOT. Extirpation d'un goître. — *Union médicale.* 1851. — (BOURSIER, *bibliogr.*)

CHAVASSE. Excision of a large bronchocele. — *Lancet*, 8 décembre 1877.

CHELIUS. *Jahresber. der Gesellsch. f. Naturkunde, etc., in Dresden*; octobre 1873 et mai 1874.

CHEYNE, Watson.) *Antiseptic Surgery.* Londres, 1882, pages 374 et 383-384.

CZERNY. Exstirpation eines retro-œsophagealen Kropfes. — *Centralblatt f. Chirurgie*, 1877, p 433.

DEUTSCH. Ueber die Exstirp. von Strumen nebst einem Falle von vollkommener Heilung durch Totalexstirpation. -- Inaug. Dissert. *Berlin*, 1879.

DIONIS. Cours d'opérations de chirurgie. *Paris,* 1740. 4e édition, p. 639.

DIONISIO. Extirpation of goitre ; cure. — *Osservatore, Gazz. delle Cliniche di Torino;* nº 28, 1879. — (*The Lancet*, 1879, II, p. 482.)

DURHAM. Extirpation d'un bronchocèle. — *Guy's Hospital Gazette*, 31 mai 1873. — (*British medical journal,* 15 et 22 mars 1873.)

ELIAS. Ueber Kropfexstirpation. — *Bresl. Aerztl. Zeitschrift*, 1881 ; t. III, p. 224. – *(Index medicus*, 1881, p. 563.)

FABRICIUS HILDANUS. Wund-Artzney. *Francfort,* 1652; 3e cent. obs. 35.

FALKSON. Zwei Faelle von Tetanie nach Kropfexstirpation. — *Berl. klinisch. Wochenschrift*, 1881, nº 12.

FENWICK. *Canada medical and surgical journal*; novembre 1872. — (*American Journal of the med. sciences;* 1873, p. 280.)

FODERÉ. Traité du goître et du crétinisme. *Paris*, an VIII.

FREYTAG (Zurich). *Epistola de glandulae thyreoidcae partim osseae, partim meliceridis formam rcferentis exstirpationc.* Lipsiæ, 1778 (LANGENbeck, t. V. 304. note).

GAY. *Boston med. and surgical journal;* 22 juin 1876. (*Virchow's Jahresber.;* 1877, II, 421.)

GIBB (Duncan). Division of the isthmus to relieve dyspnoea in certain cases of bronchocele. — *Lancet*, 1875; janvier 23.

GIOMMI. Estirpazione totale di gozzo follicolare-colloide prima curato colle injezioni parenchimatose di iodio. — *Il Raccoglitore medico;* 10 janvier 1881. — *(Virchow's Jahresbericht*, 1882, II, 393.)

GIRAUD. *Journal de chirurgie de Desault.* Paris, 1792, t. III. nº 1.

GOESCHEL. Ueber eine Kropfexstirpation. -- *Bayer. Acrztl. Int.-Bl.;* nº 17, 1881. — *(Virchow's Jahresbericht*, 1882, t. II, p. 393.)

GOOCH. *Cases in Surgery*, appendix, p. 134. (Dict. des sc. méd., t. XVIII, p. 555.)

GREEN (St-Thomas' Hospital, Londres). Removal of the right Lobe of the thyroid gland. — *The Lancet*, 1829, p. 351.

GREENE (Warren). *a)* Successful removal of a large bronchocele. — *New-York medical Record;* décembre 1866, nº 19. — (MICHEL, p. 702.)

b) Three cases of bronchocele successfully removed.— *American journal of the med. sc.*, janvier 1871.

GÜNTHER. *Lehre von den blut. Operat. am menschl. Kœrpcr.* Leipzig u. Heidelberg, 1859-65, t. V, p. 370 et suiv.

HAMILTON. Extirpation du corps thyroïde. — *Dublin quarterly journal*, 1865; t. XL, p. 315.

HEDENUS (père). Ausrottung der Schilddrüse. —*Journal f. Chirurgie, von Graefe und Walther*, 1821; t. II, p. 237.

HEDENUS (fils.) *Tractatus de glandulâ thyreoideâ.* Lipsiae, 1822.

HEISTER. *Institutiones chirurgicae.* Amsterdam, 1749; t. II, p. 681.

HERRMANN. Ueber einen Fall von totaler Exstirpation des Kropfes. — *Inaug. Diss.* Berlin, 1881.

HITCHCOCK (Miss).Tumour of thyroid body; removal. — *Brit. med. journal*, 12 février 1881.

HODDER (of Toronto). *Canada Lancet*, déc. 1872. (*American journal of the med. sc.*; janv. 1873, p. 281.)

HOFMOKL *a)* Zur Pathol. und Ther. d. Kropfgeschwülste. — *Wien. med. Presse*, nos 2, 3 et 4, 1869. — (*Virchow's Jahresber.* pr 1869, p. 441.)

b) Chirurgische Mittheilungen. *Wiener med. Presse*, 1882, nº 4.

HOLMES. A case in which a large bronchocele was removed with fatal result. — *American journal of the med. sc.*; janv., 1873, p. 17.

HOPMANN. Exstirpation einer Struma. — *Deutsche Zeitsch. für Chirurgie*, t. II. déc., 1872.

HUTIN. *Bull. Acad. méd. de Paris;* t. XV, 1850, p. 1121 et 1133.

KAPPELER. Chirurgische Beobachtungen aus dem Thurg. Kantonspital Münsterlingen, 1865-1870. *Frauenfeld,* 1874, p. 101 et suiv.

KAUFMANN. Die Struma retro-pharyngo-œsophagea. — *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, t. XVIII, p. 285, 1883.

KECK. Ueber Strumabronchotomien. — Dissertation *Zurich,* 1880.

KING, Kelburne (de Hull). Cases of Bronchocele of the isthmus of the thyroid body. — *Brit. med. journal;* 8 juillet 1865.

KLEIN. In *Graefe und Wather's journal f. Chir.* 1820 ; t. I, p. 120.

KOCHER. *a)* Zur Pathol. und Therapie des Kropfes. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*; t. IV, livr. 5 et 6, 1874, et t. X, livr. 3 et 4, 1878.

b) Exstirpation einer Struma retrooesophagealis. — *Correspondenzblatt f. Schweizer Aerzte*, 1878; nº 23. (*Centralbl. f. Chir.*, 1879; nº 38.

c) Die Indicationen zur Kropfexstirpation beim gegenwaertigen Stande der Antisepsis. — *Ibid.* 1882, nº 8 et 9.

d) Ueber Kropfexstirpation und ihre Folgen. — Lecture faite au XIIe congrés de la Société allemande de chirurgie, le 4 avril 1883.

KOEHLER. Statistischer Bericht ueber die chirurg. Klinik des Herrn geheimrath Bardeleben pro 1879. — *Charité-Annalen*, t. VI, p. 443. — (*Virchow's Jahresbericht*, 1882, t. II, p. 266.)

KOENIG. Un cas rapporté dans un article sur *Les effets toxiques de l'iodoforme,* in *Centralbl. f. Chir.*, 1882, nº 7, p. 109; obs. nº 28.

KROENLEIN. *Archiv f. klin. Chir. von Langenbeck.* Suppl. Heft z. 21ten Bd., p. 131. — (*Madelung*, p. 79.)

LANGENBECK (M.). *Nosologie und Ther. d. chirurg. Krankheiten*, t. V, 1re partie, pages 304-306; notes.

LISTER. *a)* Inaugural Address on the catgut Ligature. — *The Lancet*; 5 février 1881, pages 201 et 203.

b) British medical journal; 1875, t. II, p. 258. (Séance de la Brit. medical Association.)

LUECKE. *a)* Die Krankheiten der Schilddrüse. — *Pitha und Billroth's Handbuch d. Chirurgie;* t. III, 2te Abth. B.

b) Ueber die Chirurg. Behandlung des Kropfes. — *Sammlung klin. Vortraege*, nº 7.

MADELUNG. Anatomisches und Chirurgisches über die Glandula thyreoidea accessoria. — *Langenbeck's Archiv*, t. XXIV, p. 71. 1879.

MAURY (de Philadelphie). — *The Photographic Review*; déc. 1871. (*American journ. of the med. Sc.;* janv., 1873, p. 281.)

MEEH. Sechzehn Kropf-Operationen. — Inaugural - Dissertation. Erlangen, 1864.

MICHEL (de Nancy). De l'extirpation complète de la glande thyroïde. — *Gaz. Hebd.*, 1873, nos 44 et 45.

MONOD. Extirpation d'un goître. — *Bulletin de la Soc. de chir. de Paris;* séance du 17 novembre 1880.

MOSETIG-MOORHOF. Drei Kropfexstirpationen. — *Wiener mediz. Wochenschrift,* 1881, nos 35 et 36.

NELATON. Extirpation chez un homme de 20 ans. — *Bull. Soc. anat.*, 1835; t. X, p 100.

NELSON (Wolfred). Extirpation d'un goître. — *American journal of the med. sc.*, avril, 1877. — (BOURSIER, *Bibliogr.*, et p. 125.)

PALFIN. Anatomie chirurgicale (éd. franç.), t. II. p. 313. *Paris*, 1753.

PERASSI. Gozzo voluminoso esportato con successo mediante il taglio e la legatura. — *Giornale della R. Accademia med.-chirurg. di Torino;* 10 mai 1878.

PÉRIER. Thyroïdectomie. — *Bull. Soc. chir.;* Séance du 13 juillet 1881.

PESME. De l'extirpation du goître. (Thèse de Strasbourg, 1868.)

PETIT. Goître; opération suivie de mort. — *Bulletin Soc. anat.* t. 23, p. 205. Paris, 1848.

PETIT (J. L.). OEuvres complètes; s.l. 1837, p. 432.

PIETRZIKOWSKI. Erfahrungen ueber die Behandlung von Strumen. — Clinique de M. Gussenbauer. — *Prag. med. Woch.*, 1882, n° 9 et suiv.

PIROGOFF. Rapport médical d'un voyage au Caucase. *St-Pétersbourg*, 1849. *(Schmidt's Jahrb.;* t. 67, p. 117.)

POLAND. *Guy's Hospital Reports,* 1870-71; vol. XVI, p. 484. *(Madelung,* p. 85.)

PURCELL. Removal of the right lobe of the thyroid. — *The Lancet;* 28 août 1880.

REVERDIN (Aug.). *a)* Extirpation de goître; guérison. — *Journal de méd. et de chir. pratiques*, 1880, p. 119.

b) Goître parenchymateux volumineux; extirpation; guérison. — BOURSIER, p. 187.

RIEDEL. *a)* Die chirurgische Klinik in Goettingen, 1877-79. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1881; t. XV, p. 447.

b) Kropfexstirpation; Recurrenslaehmung durch Karbolloesung — *Centralblatt f d. med. Wissenschaften*, 1882, n° 34.

ROCHARD. Histoire de la chirurgie française au XIXe siècle; p. 267. *Paris*, 1875.

ROLANDUS. Humani corporis interiorum et exteriorum morbis medendi ratio methodica. (Ed. Gemusæus.) *Bâle*, 1541, p. 273; chap. 14. (Imprimé à la suite des œuvres d'Albucase; même édition.)

ROSE. *a)* Ueber Kropftod und Radicalcur der Kroepfe. — *Langenbeck's Archiv*, 1878; t. XXII, p. 1.

b) Ueber die Exstirpation substernaler Kroepfe. — *Ibid.*, t. XXIII, p. 339.

c) Deux cas d'extirpation totale; guérison. — *Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte*, 1879, IXe année, et KECK, p. 20 et 30.)

ROUX. Extirpation d'un bronchocèle. — *Bull. Acad. méd de Paris*. 1850, p. 1106.

RUFZ. Extirpation d'un goître par le professeur Roux. — *Arch. gén. de méd.*, IIe série, t. X, p. 25; 1836.

RUGGI. Estirpazione totale della tiroide per un gozzo voluminoso. — *Bull. delle Scienze med. di Bologna*. août 1880. — *(Il Morgagni*, 1880, p. 786.)

RULLIER. *a)* Recherches et observations touchant l'emploi des opérations de la chirurgie dans le traitement du goître (faisant partie de sa thèse inaugurale. *Paris*, 1808.)

b) Article : GOITRE in *Dictionn. des sciences médicales*, t. XVIII; *Paris*, 1817.

SAVOSTITZKI. Strumaexstirpation. Heilung. — *Protokoll der moskauer chirurg. Gesellschaft*, 1879, n° 7. — (*Centralb. f. Chir.*, 1879, p. 516, n° 31.)

SÉDILLOT. *Bull. Acad. méd. de Paris;* t. XV, 1850, p. 1133.

SEIFERT. In *Rust's Chirurgie*; t. XV, p. 504.

SICK. *Med. Correspondenzblatt f. Würtemberg*, 1867, nº 25. *(Süskind*, tabl. I.)

SMITH. Tentative d'extirpation. — *Amer. med. Times*, oct. 1863. — *(Gaz. hebd.*, 25 décembre 1863.)

SPENCE. Observation d'extirpation. — *Brit. med. journal*, 18 mai 1878.

STUKOWENKOFF. Strumaexstirpation. Heilung. — *Protokoll der moskauer chir. Gesellsch.*, 1879, nº 31. — *(Centralblatt f. Chir.*, 1879, nº 31.)

SÜSKIND. Ueber die Exstirpation von Strumen. — Inaug.-Abhandl. *Tubingue*, 1877.

TANSINI. *a*) Extirpation totale d'un goître rétro-sternal, opéré par Bottini. — *Gazz. med. ital. di Lombardia ;* 6 décembre 1879; — (BOURSIER, *bibliographie.*

b). Sulla metodica estirpazione del gozzo.—*Giornale della R. Università di medicina di Torino*; 1880. — *(Lo Sperimentale ;* nov. 1880, p. 551.)

TERRILLON. *a) Bull. Soc. chir.*; Séance du 17 novembre 1880.

b) Bull. Soc. chir.; Séance du 16 novembre 1881.

THEDEN. Neue Bemerkungen und Erfahrungen, IIe partie, p. 111, note, et p. 108. *Berlin*, 1782.

TILLAUX. Thyroïdectomie pour un goître exophthalmique. — *Bull. Acad. méd. de Paris*; 27 avril 1880.)

VELPEAU. Médecine opératoire. (5e édition). Bruxelles 1840; t. II, p. 260.)

VOGEL. Observationes quædam chirurgicæ. — Diss. inaug. *Kiel*, 1771. — (GÜNTHER, p. 371.)

VOISIN. Extirpation d'une tumeur thyroïdienne; guérison. — *Gazette médicale de Paris*, 1836, p. 372, nº du 11 juin.

VOSS. Successful removal of the thyroid gland.—*Transactions of the New York Pathol. Soc.* — *(Br. med. journal*, 1862, p. 144.)

WATSON (Heron). *a*) Excision of the thyroid gland. — *Brit. med. journal*, 1875, 4 et 25 septembre.

b) *Edinburgh med. journal*; sept. 1873. pages 252 et 255.

WEINLECHNER. Ueber einen bemerkenswerthen Fall von Schilddrüsenknoten. — *Wiener medizinische Blaetter;* 1882, nº 50.

WEISS (Nathan). Ueber Tetanie. - *Sammlung klinisch. Vortraege*, nº 189, p. 16 et suiv.

WERNER. Ueber die Chirurg. Behandlung der Strumen. — Inaug. Diss. Tubingue, 1853.

WILD. Beitraege zur Exstirpation von Strumen. — Inaugural Diss. *Munich*, 1880.

WISE. Operations for the removal of the thyroid body in goitre. — *The Lancet*, 11 juin 1881.

WOELFLER. *a)* Zur Chirurg. Behandlung des Kropfes. — *Langenbeck's Archiv*, 1879. t. XXIV, p. 157.

b) Weitere Beitraege zur chir. Behandl. des Kropfes. — *Wien. med. Wochenschrift*, 1879, nos 27-31.

c) Die Kropfexstirpationen an Hofr. Billroth's Klinik von 1877 bis 1881. — *Wiener med. Woch.*, 1882, nº 1.

d) Zur Exstirpation des Kropfes. — 12e congrès de la Société allemande de chirurgie; 5 avril 1883.

Wood (New York). Excision of the Thyroid — *Transactions of the New York Pathological Society.—(Brit. med. journal,* 1862; 8 février p.145.)

Wood, John, (Londres). Cystic Disease of the thyroid. — *Transactions of the patholog. Soc.* London, t. 29, p. 206, 1878.

Zartmann. De Strumæ exstirpatione. — Diss. inaug. Bonn, 1829, pages 22 et 26.
